

**ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 616.72-002;616.71-007.234.

На правах рукописи

Мирзовалиев Ораз Хусанбоевич

**ОСТЕОАРТРИТ В АССОЦИАЦИИ С ОСТЕОПОРОЗОМ
(частота, особенности клинического течения и оптимизация лечения)**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.04 –Внутренние болезни

Душанбе-2022

Работа выполнена на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Шукурова Сурайё Максудовна** – член корреспондент НАНТ, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Официальные оппоненты: **Саидов Ёр Умарович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Ризоева Ойтилло Рустамовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета.

Оппонирующая организация: УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-008 при ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект. Рудаки, 139, www.tajmedun.tj +992918724088.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2022 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент**

Р.Дж. Джамолова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Глобальный рост старения вызывает более высокие показатели остеопороза (ОП), состояния, которое снижает плотность и качество костей [Белая Ж.Е., 2020; Васильева Л.В., 2021]. Пациенты, страдающие ревматическими заболеваниями (РЗ), подвергаются большему риску развития ОП [Добровольская О.В., 2020; Makino A., 2018]. ОП является отличительной чертой РЗ, и его распространенность будет расти в ближайшие годы, учитывая старение пациентов с РЗ [Stemmler F., 2018]. Воспаление и неподвижность являются одними из основных путей, ведущих к потере костной массы при РЗ, но в патогенезе ОП участвуют и другие механизмы. Эти механизмы в основном изучались при ОП в постменопаузе и других редких моногенных заболеваниях скелета [Giovanni A., 2019].

ОП – это системное заболевание скелета, характеризующееся низкой минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) и нарушением микроархитектоники костной ткани с последующим увеличением хрупкости костей и риска переломов [Васильева Л.В., 2021; Adami G., 2019]. Остеоартрит (ОА), напротив, является результатом повреждения суставного хряща, вызванного сложным взаимодействием генетических, метаболических, биохимических и механических факторов с вторичными компонентами воспаления [Алексеева Л.И., 2019; Сорока Н.Ф., 2020; Zhao X., 2019]. Оба заболевания являются серьезными проблемами общественного здравоохранения, которые влияют на общее состояние здоровья и качество жизни – боль, функциональные способности и физическую форму – пожилых людей [Лесняк О.М., 2018; Алексеева Л.И., 2019; Новаков В.Б., 2021; Bruyere O., 2019].

Клинический опыт показывает, что ОП и ОА могут сосуществовать. Родство между ними остается невыясненным, хотя ряд исследований установили наличие общих генетических связей [Насонов Е.Л., 2018; Кашеваров Н.Г., 2019]. Исследования двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) показали, что у пациентов с ОА повышена минеральная плотность кости (МПК) и содержание минералов в костях. Тем не менее, более высокая МПК не приводит к снижению риска остеопоротических переломов, потому что структурные преимущества уменьшения трабекулярного разделения и увеличения количества трабекул в кости у пациентов с ОА уравниваются факторами, связанными с ОА, такими как постуральная нестабильность и ослабление мышц [Аверкиева Ю.В., 2020; Barbour K.E., 2017; Kim Y.H., 2018].

Несмотря на определенную ясность в вопросах общности патофизиологических изменений, проблема ассоциации ОА и ОП остается социально-значимой, т.к. их сочетание снижает качество жизни. Изучение распространенности ОП при ОА, выявление факторов риска приводящие к ускорению снижения костной массы имеют не только теоретическое, но и практическое значение, поскольку будет способствовать ранней диагностике тяжелых осложнений и разработке комплексных мероприятий по их профилактике.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы

Многие вопросы патологических взаимосвязей ОА и ОП в Республике Таджикистан (РТ) остаются малоизвестными и не изученными. Анализ научной литературы по вопросам РЗ широко рассматриваются в научных трудах доктора медицинских наук профессора Шукуровой С.М., д.м.н. Саидова Ё.У., кандидата медицинских наук Хамроевой З.Д., Каримовой Г.Н., Тоирова Х.К., Ахуновой Н.Т., Холовой З.У., в которых освещены вопросы кардиоваскулярной коморбидности, вопросы диагностики и профилактики РЗ.

В литературе широко обсуждается возможная взаимосвязь двух возраст-ассоциированных состояний – раннего атерогенеза и снижения костной массы [Цурко В.В. и др. 2015; Мурадянц А.А. и др., 2016; Cheung E et al., 2014]. Данная концепция получила свое подтверждение в ряде исследований в которых установлена ассоциация между маркерами активности воспаления (С-реактивного белка (СРБ) и снижением МПК с одной стороны и

высоким риском сердечно-сосудистых катастроф, с другой стороны [Насонов Е.Л. 2019; Goldring S.R. 2011].

Возрастные заболевания костей, такие как ОП или ОА, являются серьезной проблемой общественного здравоохранения из-за функциональной инвалидности, которую они вызывают. В этом контексте переломы бедра, позвоночника и запястья имеют огромные экономические и медицинские последствия. Кроме того, переломы связаны с более высокой степенью заболеваемости и смертности в долгосрочной перспективе, что приводит к большим финансовым и медицинским затратам.

Связь работы с научными программами (проектами), темами

В деле охраны здоровья РТ приоритетными направлениями деятельности является организация эффективной помощи и профилактика неинфекционных заболеваний в виду их тяжелейшего бремени в результате преждевременной смертности и стойкой потери трудоспособности. В структуре неинфекционных заболеваний болезни опорно-двигательного аппарата наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями и болезнями органов дыхания продолжают оставаться основной причиной смертности в структуре общей смертности населения РТ. Неслучайно, Постановлением Правительства РТ от 3 декабря 2012 г, №676 утвержден проект «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Таджикистане на период 2012-2023годы». Цель разработки настоящих Перспектив направлены на решение повышение приоритета и контроля неинфекционных заболеваний и разработка эффективной инфраструктуры для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках настоящего документа проведены десятки научно-исследовательских проектов и программ с активным внедрением результатов в практическое здравоохранение. Настоящая диссертационная работа является частью данного документа в которой подвергнуты тщательному анализу ключевые научные публикации, посвященные различным вопросам ревматологии и эндокринологии.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Изучение частоты, установление факторов риска прогрессирования, выявление структурно-функциональных особенностей скелета и разработка научно обоснованных мероприятий по профилактике ОА в ассоциации с ОП.

Задачи исследования:

1. Провести анализ частоты переломов (в анамнезе), факторов риска развития ОП и характера терапии у больных с различными РЗ;
2. Оценить по данным денситометрии частоту ОП и абсолютный риск остеопорозных переломов у больных РЗ и ОА;
3. Изучить особенности МПКТ, биохимические и функциональные взаимосвязи остеоартрита коленных суставов (ОАКС) в ассоциации с ОП у женщин;
4. Изучить реальную практику назначения лекарственной терапии у больных ОА с коморбидным ОП и разработать показания к использованию препаратов кальция и витамина D.

Объект исследования. Объектом исследования были 125 пациентов с ОА и проводилось комплексное обследование на наличие ОП, особенности клинического течения, факторы риска прогрессирования и характер терапии. Параллельно проводился ретроспективный анализ истории болезни 180 пациентов с ревматическими болезнями (РБ), госпитализированных в терапевтическое отделение Согдийской областной больницы за период 2018-2020 гг.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение основных клинических симптомов ревматологического больного (симптомы, суставной синдром, рентген суставов, биохимические параметры, денситометрия). Изучалось состояние МПКТ в зависимости от пола и возраста. Проводился опрос врачей республики на предмет изучения реальной практики назначения противоостеопоротических препаратов. Результаты

сопоставления клинико-инструментальных исследований позволили своевременно выявить пациентов групп высокого риска переломов у больных ОА.

Научная новизна исследования. Исследование, посвященное ассоциации РБ и ОП является одной из пионеров в РТ. Впервые в РТ изучена структура и частота ОП у больных с ревматической патологией, показавшая, что каждый третий больной (33,3%) с ревматической патологией указал в анамнезе на наличие перелома скелета. По результатам денситометрии установлено, что ОП наблюдается у 37,7% с РЗ, а оценка абсолютного риска остеопорозных переломов по шкале FRAX (Fracture risk assessment tool) показала высокий их риск в группе больных с ОА и иммунно-воспалительными РЗ.

Впервые выявлены основные факторы прогрессирования ОП у больных с РЗ, среди которых длительный прием глюкокортикостероидов (ГКС) и низкая физическая активность занимали ключевые позиции.

Установлено, что структурно-функциональные показатели костной ткани при ОАКС находятся в прямой зависимости от рентгенологической стадии, а функциональные параметры суставного синдрома и биохимические параметры у больных ОА в ассоциации с ОП были достоверно высокими по сравнению с группой контроля.

Выявлено, что ситуация с применением противостеопоротических препаратов у больных с ОА в республике тревожная. Опрос врачей различных специальностей в 2015г и 2019г показал, что назначение препаратов против ОП у больных с ОА составляет 19,4% и 45,1%, в том числе бифосфонаты 5,6% и 7,5% соответственно. В 2015 и 2019 гг. 68,6% и 50,5% врачей ссылались на незнание патогенетических взаимосвязей ОА и ОП, 36,2% и 21,3% – низкую информативность о бифосфонатах, 28,6% и 18,8% – боязнь побочных эффектов, 27,6% и 21,8% – нежелание пациента, 24,3% и 11,6% – длительность приёма и 14,6% и 8,7% – высокие цены, соответственно.

Оценки эффективности структурно-модифицирующей терапии препарата кальция с витамином Д в комбинации с хондроитин сульфатом и глюкозамин гидрохлоридом у пациентов с ОА на фоне 6-месячного комплексного лечения отмечалось повышение МПКТ, достоверное снижение болевого синдрома и улучшение показателей костного ремоделирования.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Ценность исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов республики.

В перечень стандартного мониторинга диагностических исследований ревматического больного, необходим тщательный опрос пациента на наличие в анамнезе перелома скелета, длительности и дозы гормональной терапии. В протоколы диагностики больных с опорно-двигательной патологией целесообразно включить методику ультразвуковой денситометрии для оценки снижения МПКТ на ранних стадиях. В протоколы лечения больных с РЗ и ОА помимо базисной терапии включение противоостеопоротических препаратов, будут способствовать предупреждению малотравматичных переломов. Правильный подбор препаратов кальция и витамина D будут содействовать предотвращению остеопенического синдрома у больных ОА.

Положения, выносимые на защиту:

1. Указание в анамнезе у больных с РБ на наличие малотравматичных переломов на фоне бессимптомного течения ОП, играет немаловажную роль в ранней диагностике остеопении. Частота переломов в анамнезе у больных с опорно-двигательной патологией находится в прямой зависимости от вида РБ. С наибольшей частотой количества пациентов перенесенных в анамнезе переломов наблюдались у больных с иммунно-воспалительными РЗ и это можно объяснить длительным приемом ГКС и зачастую в неконтролируемых их дозировках;

2. В ходе работы выявлены факторы, которые влияли на развитие ОП у больных с ревматической патологией. Необоснованное назначение ГКС без корректировки дозы и

отсутствие мониторинга со стороны врачей раскрывают масштабность проблемы ОП в республике. Наряду с длительным приемом ГКС возраст, антропометрические данные, длительность заболевания, рентгенологическая стадия и степень функциональных нарушений суставов играют немаловажную роль в развитии ОП при РЗ;

3. Изучение МПКТ методом денситометрии являясь «золотым» стандартом диагностики ОП, а применение его в ревматологии достоверно снижает риски переломов. Выявлена взаимосвязь степени денситометрических параметров с генезом РБ, а оценка абсолютного риска основных остеопорозных переломов по шкале FRAX, указывающий на степени риска (высокий, низкий) может быть использован в качестве диагностического алгоритма;

4. У больных с ОА важным немодифицируемым фактором риска ОП является женский пол. МПКТ у женщин с ОАКС в различных возрастных группах на уровне поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости по сравнению с контрольной группой (без ОА) была достоверно низкой. Структурно-функциональные изменения костной ткани у больных с ОАКС влияет на функциональные показатели суставного синдрома (по ВАШ (мм), WOMAC (мм) и Lenguence), отражающие уровень боли в суставах. Среди множества биохимических показателей СРБ является высокочувствительным параметром при ОА со сниженной МПКТ;

5. Динамический опрос врачей, по назначению противоостеопоротических ЛС при ОА в ассоциации с ОП выявил низкое использование препаратов этой группы. Среди множества причин низкой приверженности к ЛС используемыми при ОП, незнание патогенетических взаимосвязей ОА и ОП, низкая информативность о бифосфонатах, а также боязнь побочных эффектов и нежелание пациента, доминирует;

6. Эффективность структурно-модифицирующей терапии препарата кальция с витамином D в комбинации с хондроитин сульфатом и глюкозамин гидрохлоридом у пациентов с ОА на МПКТ, базируется на положительных сдвигах суставного синдрома и показателях костного ремоделирования.

Степень достоверности результатов. Базируется репрезативной базой исходящих материалов: первичная медицинская документация (медицинская карта и истории болезни пациентов, индивидуальные карты пациентов, письменное соглашение на проведение ряда инструментальных методов исследования). Полученные результаты исследований, представленные в письменном реестре, а также включены в электронную базу и картотеки. Результаты лабораторных исследований представлены в письменном виде (журналы регистрации) и в виде электронного носителя. Результаты и их достоверность подкреплены достаточным объемом материалов исследования, публикациями и статистической обработкой результатов. Публикации по теме диссертации отражены в ведущих журналах для материалов диссертационных исследований. Выводы и рекомендации базируются на научном анализе результатов работы и обеспечены правильностью выборки, охватом первичного материала, тщательностью его анализа, системным подходам, использованием современных методов статистического анализа информации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования). Соответствует паспорту Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Президенте РТ по специальности 14.01.04. – Внутренние болезни: подпункт 3.4. Этиология и патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов; подпункт 3.8. Клинические проявления заболеваний внутренних органов; подпункт 3.9. Сочетанная патология внутренних органов кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы, опорно-двигательного и соединительной ткани, эндокринной системы во всем многообразии их проявлений; подпункт 3.14. Возрастные половые, этнические особенности болезней внутренних органов.

Личный вклад соискателя ученой степени. Личный вклад автора состоит в самостоятельно выбранном научном направлении, проведении анализа литературных данных, посвященных исследуемой проблеме. Совместно с научным руководителем

определены цель работы, задачи и пути их достижения. Клиническое, инструментальное обследование пациентов, заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования учетных форм и клинических карт проводились автором самостоятельно. Оценка и интерпретация биохимических и инструментальных методов исследования осуществлялась с врачами лабораторий и функциональных кабинетов Согдийской областной больницы (г. Худжанд) и больницы пос. Адрасман. Интерпретация полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводились совместно с научным руководителем.

Апробация и реализации результатов диссертации. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на ежегодных научных конференциях ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (ИПО в СЗ РТ)» (2019, 2020, 2021 гг.), ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет (ТГМУ) имени Абуали ибни Сино» (2020, 2021 гг.), конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества (Душанбе, 2019 г). Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании межкафедрального экспертного совета по терапевтическим дисциплинам ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (протокол №4/1 от 14 декабря 2021 г).

Результаты исследования внедрены в клиническую и лечебную работу ревматологического отделения НМИЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ, ГУ «Городской медицинский центр №2 им. акад. К.Т. Таджиева» эндокринологического отделения ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Материалы работ используются в учебном процессе на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ», кафедре эндокринологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ, из них 4 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ для публикации результатов диссертационного исследования и 4 тезисов.

Структура и объём диссертации. Структура диссертации представлена в традиционном стиле и изложена на 149 страницах. Состоит из введения, 6 глав (обзор литературы, материал и методы исследования, 3 главы, посвященные результатам собственных исследований и глава обсуждения полученных результатов), выводов, практических рекомендаций, список использованных литературы, приложение. В список используемой литературы включены 232 источников, из них 86 отечественных и 146 зарубежных. Работа иллюстрирована 16 рисунками и 35 таблицами.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал и методы исследования. В исследование были включены 125 пациентов ОА, поступившие на стационарное лечение в терапевтическое отделение городской больницы №1 (пос. Адрасмон) за период 2018-2020 гг. Ретроспективному анализу были подвергнуты 180 историй болезней с различными РЗ, находившихся на стационарном наблюдении в Согдийской областной клинической больницы за период 2018-2020 гг. на предмет частоты ОП. Более детально анализу подверглась группа пациентов женщин (n=84) с гоноартрозом (ОАКС) на наличие ОП. Кроме того, была выделена подгруппа больных с гоноартрозом (n=50), где изучена структурно-модифицирующая эффективность терапии препарата кальция с витамином D в комбинации с базисной терапии. Заключительным этапом работы явился опрос врачей различных специальностей на предмет использования ЛС при терапии ОА и ОП в разрезе 2015 и 2019 гг. опрос проводился на очередном заседании Ассоциации терапевтов РТ в 2019 году по специально-разработанной анкете. Диагноз первичного ОА суставов установлен, согласно критериям, рекомендованным к практическому использованию Ассоциации ревматологов России (АРР) 2006 г с учетом критериев Altmana R.D. (1995);

В процессе обследования больных ОА применялся комплекс протокола обследования ревматологического больного: общеклинические (расспрос, осмотр, пальпация,

аускультация); оценка функциональных тестов суставного синдрома. Диагностика и оценка тяжести ОП у обследованных больных базировалась на изучения факторов риска, наличие переломов в анамнезе и данных инструментальных (денситометрических) методов исследования в рамках принятых критериев. Болевая симптоматика оценивалась по 100-миллиметровой ВАШ. Ретроспективный анализ проводили по разработанному опроснику, куда были включены данные анамнеза (переломы, прием ГКС), коморбидные состояния.

Лабораторно-инструментальные методы исследования. У всех больных с первичным ОА были изучены следующие лабораторные параметры: клинический анализ крови и мочи, СРБ, липиды, мочевая кислота, креатинин, глюкоза, гликированный гемоглобин, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспаратаминотрансфераза (АсАТ), кальцитонин, витамин Д, Са, фосфор, натрий, калий). Всем наблюдаемым больным с ОА (n=125) проводилась: рентгенологическое исследование грудной клетки; рентгенологическое исследование суставов; ультразвуковые исследования (УЗИ) внутренних органов; электрокардиография (ЭКГ) в 12 общепринятых отведениях; денситометрия; по необходимости проводились магнитно-резонансная томография (МРТ) суставов и внутренних органов.

Костная рентгеновская денситометрия. У всех исследуемых больных проводилась оценка МПКТ с использованием ДРА в диагностическом отделении Согдийской областной клинической больницы (г. Худжанд) (врач-рентгенолог Хасанов К.Р.) на аппарате NORLAND Excell-600XR-600, производство Германия 2004 г. ДРА проводилось в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости (шейка бедра). Для оценки МПК использовались T-критерии и Z-критерии.

Оценка риска переломов FRAX (Fracture risk assessment tool) – одобрена ВОЗ и является компьютерной программой, с помощью которой вычисляют 10-летнюю вероятность перелома бедра или крупного остеопоротического перелома, последний включает клинический перелом позвоночника, бедра, предплечья или плечевой кости.

Статистическая обработка результатов. Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (Stat Soft Inc., США). Нормальность распределения выборки оценивали по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Средние значения (M) и их ошибки ($\pm m$) применялись для количественных признаков, правильного распределения, медианы (Me) и интерквартильного интервала ([25q;75q]) для неправильно распределенных анализируемых признаков. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение трех и более независимых групп проводилось с применением метода ANOVA по H-критерию Краскеля – Уолисса. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. При парных сравнениях качественных показателей использовался критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера. Анализ корреляционной связи проводился по Пирсону. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно задачам исследования, в Согдийской областной клинической больнице проведено одномоментное ретроспективное исследование пациентов с различными РЗ. Условно все больные (n=180) были разделены на 2 группы: I-группа (n=95) с иммунно-воспалительными РЗ, куда включены больные с ревматоидным артритом (РА) (n=62), РеА включая спондилоартриты (СПА) (n=25) и системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) (n=8); II-группа (n=85) больные с воспалительно-метаболическими РЗ и большинство составили больные с ОА (n=65) и реже подагра (n=20). Из 180 пациентов РА составляет наибольшую долю пациентов (65,3%), за ней следуют РеА и СПА (26,3%), СКВ (8,4%), а в группе с воспалительно-метаболическими артритами ОА составил большинство (76,5%). Возрастной и гендерный состав в некоторых группах пациентов отличался. В обеих подгруппах преобладали женщины (71,1% против 28,9%), а средний возраст больных с ОА

достоверно выше ($59,2\pm 4,4$) по сравнению с пациентами I группы (РА – $56,1\pm 6,2$; РеА+СПА – $51,1\pm 4,0$; СЗСТ – $49,8\pm 4,8$). В I группе больных с РЗ иммуно-воспалительного генеза – 68 женщин (71,6%) и 27 (28,4%) мужчин в возрасте от 50 до 79 лет. Во II группе (воспалительно-метаболические РЗ) женщин – 60 (70,6%), мужчин 25 (29,4%) в возрасте от 50 до 79 лет. Больные с ОА составили основной контингент этой группы исследуемых и женщины встречались в 89,5% случаев. На вопрос анкеты о наличии в анамнезе переломов положительно ответили каждый третий респондент (33,3%). С наибольшей частотой количество пациентов перенесенных в анамнезе переломов наблюдались у больных с СЗСТ (37,5%), РеА+СПА (36%) и РА (35,5%). И это очевидно, так как среди пациентов с иммуно-воспалительными РЗ указание на прием ГКС имело место у 52,2% больных, а более 85% больных СЗСТ (87,5%) и с РА (90,3%) длительно принимают гормоны перорально. Прием ГКС у больных II группы ниже (ОА-35,7%) и в основном использовали локально (внутриуставно).

Анализ частоты назначения противоостеопоротических препаратов у 60 больных с наличием в анамнезе переломов показал, что лишь 15% (n=9) пациентов получали противоостеопоротические препараты, в том числе 7 (77,8%) принимали только препараты кальция и витамин Д и 2 (22,2%) бифосфонаты. На вопрос о причине отсутствия лечения были получены такие ответы: «не было рекомендаций от врача» - 68%, «не хочу принимать» - 21%, «нет денег на лечение» - 6% и «затрудняюсь ответить» - 5%.

Данные о ОП, диагностированный при денситометрии, а также 10-летний абсолютный риск переломов по FRAX представлен в таблице 1.

Таблица 1.- Результаты денситометрии и 10 летний риск переломов.

Показатель	Всего (n=180)	Иммуно-воспалительные РЗ (n=95)			Воспалительно-метаболические РЗ (n=85)	
		РА (n=62)	РеА+СПА (n=25)	СЗСТ (n=8)	ОА (n=65)	Подагра (n=20)
Больные с ОП (по данным денситометрии) n,(%)	68 (37,7%)	32 (51,6%)	4 (16%)	5 (62,5%)	22 (33,8%)	5 (25%)
10-летний риск остеопорозных переломов (FRAX), %, $M_e(Q25-Q75)$	20,6% (10,5-25,0)	20,9% (10,5-25,4)	12% (6,5-11,2)	25% (18-28,0)	23,1% (18-28,5)	20% (10,5-25,8)

По результатам денситометрии ОП у больных с иммуно-воспалительными РЗ (РА, РеА+СПА и СЗСТ) был диагностирован у 51,6%, 16% и 62,5% соответственно. При этом показатели различались значительно по нозологиям, и частота ОП коррелировала с приемом ГКС. У каждого третьего больного с ОА (33,7%) по данным денситометрии был выявлен ОП и в 25% случаев у больных с подагрой. Результаты анализа по оценке абсолютного риска основных остеопорозных переломов по FRAX, продемонстрировал высокий риск в 2-х группах. Так, в группе с иммуно-воспалительными РЗ: РА - 24,2% (10,5-25,4), РеА+СПА 24% (6,5-11,2) и СЗСТ 25% (18-28,0), который связан с длительным приемом ГКС и активности воспалительного процесса. В группе с ОА этот показатель был равен 21,5% (18-28,5).

Нами исследовано наличие факторов прогрессирования ОП у 65 больных с ОА. Из общей группы больных с ОА (n=65) у 22 (33,8%) был диагностирован ОП. Результаты анализа анкеты (опроса) показал, что значимыми факторами риска ОП явились возрастные, антропометрические, гормональные. Факторы, которые были связаны с заболеванием – это длительность заболевания, рентгенологическая стадия и степень функциональной недостаточности суставов (ФНС). Возраст позиционирует одним из основных факторов

развития ОП. Таким образом, факторы, влияющие на развитие ОП являются возраст более 60 лет, рост менее 160 см, вес менее 70 кг, ИМТ менее 28, ОА более 10 лет. Характеристика факторов риска у больных ОА в зависимости от пола показала, что у женщин и у мужчин наиболее часто встречались клинические факторы риска – низкая физическая активность (39,6% и 28,6% соответственно), переломов у родителей в анамнезе (27,6% и 71,4%). Наличие переломов бедра у родителей чаще отмечены у женщин (32,8% против 14,7%), а также факторы, как курение с частотой 71,4% встречались у мужчин. Прием ГКС отмечены у 36,2% женщин против 28,6% мужчин и связано с сопутствующей патологией РА, наиболее часто встречающейся у женщин.

Учитывая большую частоту среди иммунно-воспалительных РЗ – пациентов с РА и среди воспалительно-метаболических – с ОА, изучение частоты факторов риска в этих подгруппах оказались важным (таблица 2).

Таблица 2.-Сравнительная характеристика факторов риска у больных РА и ОА

Перечень факторов	Женщины (n=58)		Мужчины (n=7)		Всего (n=65)		P
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	
Средний возраст, годы (M±m)	59,3±3,7		56,1±1,6		57,7±1,0		0,021*
Средний ИМТ, кг/м ² (M±m)	28,8±0,3		27,6±0,2		28,2±0,6		<0,001*
Переломы (в анамнезе)	20	34,5	1	20	21	32,3	<0,05
Постменопауза	54	93,1	-	-	54	83,1	-
Курение	1	1,7	5	71,4	6	9,2	<0,001
Приём ГКС	21	36,2	2	28,6	18	27,7	>0,05
Физическая активность (низкая)	23	39,6	2	28,6	25	38,7	>0,05
Переломы бедра у родителей	19	32,8	1	14,7	20	30,8	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между мужчинами и женщинами (по точному критерию Фишера, *по U-критерию Манна-Уитни).

Из 62 больных РА и 65 больных с ОА, включенных в исследование более 1/3 (36% и 33% соответственно) имели в анамнезе переломы. Важным фактором риска больных с РА – был прием ГКС>3 месяц и составил 90,3%, против 35,4% у больных с ОА. В двух подгруппах женщины находились в периоде менопаузы (56,5% и 83,1%) соответственно. Такой фактор, как низкая физическая активность достоверно чаще наблюдалась у больных с РА, где функциональные нарушения суставов встречаются чаще. Курение наблюдался реже (17,7% и 9,2% соответственно). Мы сопоставили в группах характер и частоту сопутствующих заболеваний (АГ, ИБС, СД, болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), заболевание легких) негативное влияние которых на состояние костной ткани активно обсуждается и подтверждено данным литературы (рисунок 1).

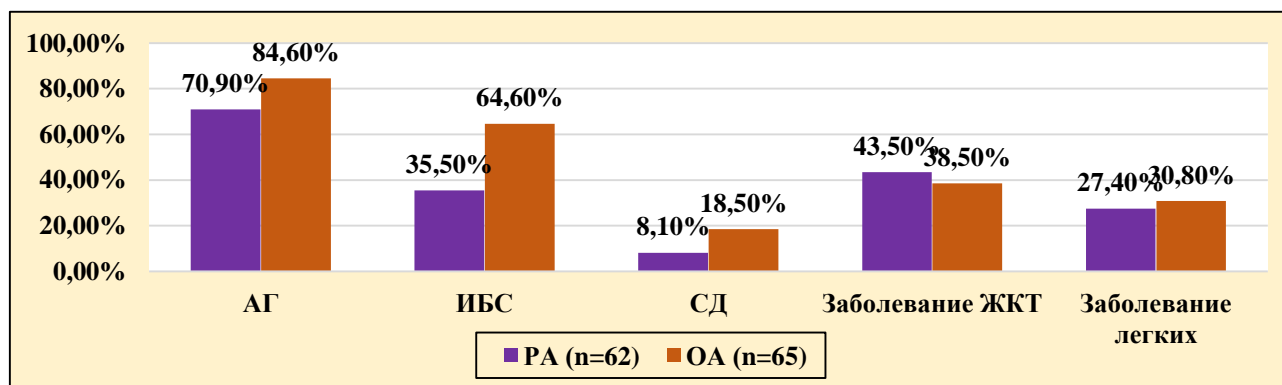


Рисунок 1. -Характеристика сопутствующих заболеваний у больных с РА (n=62) и ОА (n=65)

АГ занимала лидирующие позиции в 2-х группах, а ИБС чаще встречалась у больных с ОА (64,6% против 35,5%). Высокий процент АГ можно объяснить с длительным приемом ГКС в I подгруппе и течением самого процесса – РА. СД с наибольшей частотой наблюдался у больных с ОА – 18,5%, а заболевания ЖКТ и легких с равной частотой встречались в 2-х сравниваемых подгруппах.

Согласно задачам проспективного исследования проведена комплексная оценка 125 больных первичным ОА: женщин – 93 (74,4%) и мужчин – 32 (25,6%). Возраст больных 40 лет и старше, средний возраст – $56,9 \pm 11,3$ лет, при этом мужчины были несколько моложе женщин – $55,8 \pm 12,3$ и $58,1 \pm 10,3$ лет соответственно.

Данные множества эпидемиологических исследований говорят в пользу повышенного риска развития ОА среди женщин, а с возрастом он увеличивается. Результаты наших данных свидетельствуют о преобладании пациентов в возрастной категории 50-59 лет (33,6%) и 60-69 лет (31,2%). При этом женщины преобладали в возрастной категории 60-69 лет (33,3%), а в возрасте 50-59 и 60-69 лет чаще оказались мужчины – 46,9% и 25 % соответственно.

Анализ локализации суставных проявлений у наблюдаемых нами пациентов показал, что наиболее часто поражались коленные суставы (гоноартроз) – у 106 человек 84,8% (84 женщины и 22 мужчин), реже тазобедренные суставы – 10 человек 8% (3 у женщин и 7 у мужчин), узелки Гебердена 9 человек 7,2% (6 у женщин и 3 у мужчин). Как у женщин, так и у мужчин имело место преобладание двустороннего поражения суставов: при гоноартрозе – 51,2%, при коксоартрозе – 5,6% случаев.

Длительность болезни находилась в диапазоне от 1 до 28 лет, средняя длительность составила 9,8 лет. Все больные в зависимости от длительности болезни были распределены на 3 подгруппы: до 5 лет (n=49); 5-10 лет (n=47); 10 лет и более (n=29). Среди общей группы преобладали больные с длительностью 1-10 лет – 76,8%, с I и II рентгенологическими стадиями 73,6%. Анализ функциональной сохранности суставов показал преобладание ОА с II и III степенями функционального нарушения.

Количества пораженных суставов в ассоциации с длительностью процесса показал прямую корреляционную связь: до 5 лет (n=49) показатель составил 4 (2;7); 5-10 лет (n=47) 7 (6;12) и более 10 лет (n=29) 13 (9;20) суставов ($p < 0,001$ для каждой пары группы). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в суставах составила 57,1 (44,3-71,4) мм, а в зависимости от пола достоверных различий в интенсивности боли по ВАШ нами не выявлено – у мужчин медианный показатель ВАШ составил 57,1 (43,9-69,7), у женщин – 55,7 (42,6-68,1) ($p > 0,05$).

С целью изучения клинико-функциональных особенностей течения ОА у больных со сниженной МПКТ, нами была выделена подгруппа (n=106) больных с гоноартрозом (ОАКС) II – III рентгенологической стадий по Kellgren- Lawrence. Возраст – 40 лет и старше, мужчин – 22, женщин – 84. Индекс массы тела (ИМТ) составил $19,1 \pm 41,2$ кг/м³ (в среднем – $28,1 \pm 0,8$ кг/м³). Длительность болезни (в среднем – $6,3 \pm 3,4$ года).

Структурно – функциональное состояние костной ткани оценивали методом ультразвуковой денситометрии, а диагностика остеопении и ОП проводилась согласно принятым стандартным критериям диагностики. Большинство составили больные со сниженной МПКТ: остеопения – 37,7%, остеопороз – 28,3%, остеопения + ОП 14,2%, а остальные n=21 (19,8%) с нормальной МПКТ. Остеопению определяли при снижении МПКТ ниже средних значений показателя у женщин молодого возраста на > 1 SD, но $< - 2,5$ SD (T scores-1 SD, $> - 2,5$ SD). Для диагностики ОП использовали МПКТ ниже стандартных значений этого показателя у женщин молодого возраста на $\geq 2,5$ SD (T-score $\leq - 2,5$ SD) (таблица 3).

Таблица 3.- Характеристика МПКТ у больных гоноартрозом (n=106).

Показатель МПКТ	T- индекс	Z – индекс
- нормальная МПКТ (n=21)	- 0,61±0,09	- 0,37±0,10
- остеопения (n=40)	- 1,65± 0,12; p ₁ <0,001	- 0,86± 0,09; p ₁ <0,001
- остеопороз (n=30)	- 2,70±0,11 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	- 1,13±0,06 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001
- остеопения+ОП (n=15)	- 2,11±0,54 p ₁ <0,001; p ₂ >0,05, p ₃ >0,05	- 0,98±0,16 p ₁ <0,001; p ₂ >0,05, p ₃ >0,05
P	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса); p₁ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с пациентами с нормальной МПКТ; p₂ – по сравнению с пациентами с остеопенией; p₃ – статистическая значимость различий показателей между пациентами МПКТ и пациентами сочетанием остеопении с остеопорозом (p₁-p₃ – по U-критерию Манна-Уитни).

С целью определения взаимосвязи клинического течения гоноартроза и МПКТ, нами проведены ряд функциональных тестов суставного синдрома: уровень боли по ВАШ, показатель ограничения повседневной активности по WOMAC, индекс Lequesne (таблица 4).

Таблица 4.- Функциональные показатели суставного синдрома у больных гоноартрозом (n=106)

Пациент	ВАШ (мм)		WOMAC (мм)	Lequesne
	в покое	при ходьбе		
	Me(1q-3q)	Me(1q-3q)	Me(1q-3q)	Me(1q-3q)
I группа (osteopения+ОП) (n=85)	44,4 (38,7-49,6)	69,1 (64,8-73,7)	214,3 (202,6-225,4)	9,8 (8,2-10,7)
II группа нормальная МПКТ (n=21)	41,1 (37,2-46,3)	60,3 (55,4-64,2)	203,3 (192,7-214,5)	9,3 (8,4-10,2)
P	>0,05	<0,001	<0,05	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами МПКТ и пациентами с сочетанием остеопении с ОП (по U-критерию Манна-Уитни).

Результаты показали, что медианные показатели интенсивности боли по шкале ВАШ в покое в 2-х сравниваемых подгруппах особо не отличался – 44,4 (38,7-49,6) мм и 41,1 (37,2-46,3) мм, соответственно. В то время как медианные показатели интенсивности боли по ВАШ при ходьбе в I группе 69,1 (64,8-73,7, мм) существенно превышал (p<0,001) уровень боли во II группе 60,3 (55,4-64,2). Уровни болей по WOMAC в сравниваемых подгруппах также отличались – 214,3 (202,6-225,4) мм и 203,3 (192,7-214,5) (p<0,05). Индекс Leguesne в I группе составил 9,8 (8,2-10,7) мм против 9,3 (8,4-10,2) во II группе. По всем шкалам показатели статистически значимо ниже у пациентов с нормальной МПКТ по сравнению с пациентами с сочетанием остеопении с ОП. Анализ МПКТ в контексте с рентгенологической стадией гоноартроза представлен в таблице 5.

Таблица 5.-МПКТ в зависимости от рентгенологической стадии

Показатель МПКТ	Рентгенологические стадии			
	I группа (II рент. ст.(n=49))		II группа (III рент. ст.(n=31))	
	С нормальной МПКТ (n=17)	Остеопения+ОП (n=32)	С нормальной МПКТ (n=4)	Остеопения+ОП (n=27)
T – индекс	- 0,63±0,2	- 1,88±0,4*	- 0,68±0,2	- 2,14±0,3*
Z – индекс	- 0,18±0,3	- 0,89±0,2*	- 0,72±0,2	- 1,05±0,2

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между МПКТ и Остеопения+ОА в группах (по U-критерию Манна-Уитни).

Из общей группы (n=106) больных с гоноартрозом преобладали больные со II рентгенологической стадией – 49 (46,2%), из них 32 (65,3%) – со сниженной МПКТ. Данные денситометрии по стандартным показателям выявили следующие отклонения: Т индекс у больных I группы по сравнению со II группой был достоверно ниже (p<0,001) и аналогичные отклонения наблюдались и в показателях Z-индекс: -0,18±0,3 соответственно (p<0,001).

У обследованных нами больных выявлены следующие уровни биохимических параметров: показатели СОЭ, холестерина, мочевой кислоты в обеих подгруппах находились приблизительно на одном уровне, в то время как СРБ был достоверно (p<0,001) выше в группе больных со сниженной МПКТ по сравнению с нормальной МПКТ – 9,8±2,1 мг/л и 6,7±2,0 мг/л соответственно. Таким образом, безмолвное течение ОП озадачивает врачей, работающих с ОА, в повседневной практике использовать все доступные диагностические методики, включая биохимические, функциональные тесты суставного синдрома и денситометрию.

Гендерные различия и исследования о роли в риске развития ОА свидетельствуют о более высокой частоте данной патологии среди женщин. Под нашим наблюдением находились 84 женщины с гоноартрозом в возрасте 40 лет и старше (средний возраст 59,6±10,9 года), средняя длительность заболевания 8 [3,20] лет. В качестве группы сравнения была выделена II группа контрольная (n=75) женщин без гоноартроза (таблица 6).

Таблица 6.-Клиническая характеристика пациенток в двух сравниваемых группах

Показатель	с ОАКС (n=84)	Без ОАКС(n=75)	P
Возраст, лет	59,6±10,9	57,5±7,0	>0,05
Рост, см	159,3±6,5	161,2±3,1	>0,05
Масса тела, кг	82,4±7,0	76,7±4,4	<0,001
ИМТ	32,5±2,9	29,5±2,1	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами сОАКС и без (по U-критерию Манна-Уитни).

В первой группе женщин с ОАКС при проведении ДРА у (82,1%) больных было выявлено снижение МПКТ, а у 17,8% – МПКТ была в пределах нормы. Из 84 женщин ОП был диагностирован у 28,6% больных, остеопения – у 38,1% больных, а остеопения+ОП – у 15,5% больных. Во второй группе женщин без ОАКС у 47 (62,7%) обследуемых МПКТ была в пределах возрастной нормы, а у 28 (37,3%) было выявлено снижение МПКТ (рисунок 2).

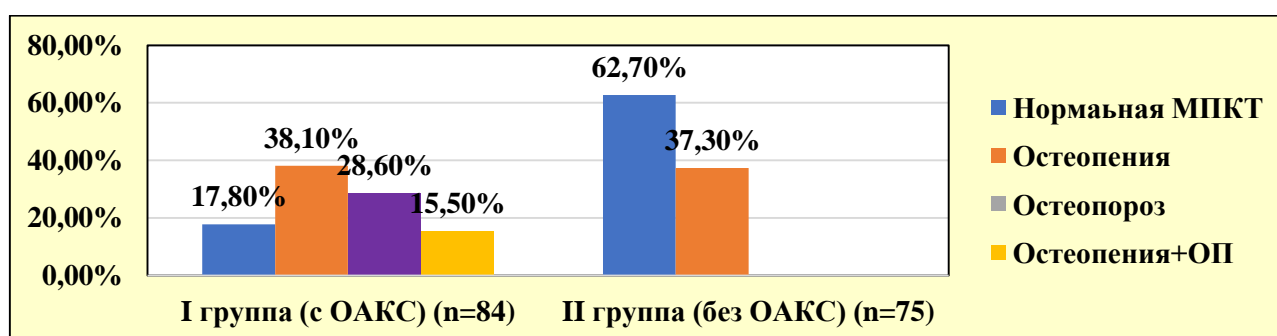


Рисунок 2.-МПКТ у женщин зависимости от наличия ОАКС

По антропометрическим данным женщины с ОАКС и ОП – 82,1% (n=69) имели существенные различия от женщин с ОАКС без ОП – более низким ростом, массой тела и ИМТ. Все пациентки страдали избыточным весом.

Далее мы сочли необходимым изучить МПКТ женщин в двух группах в зависимости от возраста: 50-59, 60-69, 70-79 лет. Результаты показателей МПКТ в поясничном отделе позвоночника (ПОП) и шейки бедренной кости (ШБК) у женщин разного возраста в зависимости от наличия гоноартроза, представлены в таблице 7.

Таблица 7.-Показатели МПКТ у женщин различных возрастных групп в зависимости от наличия ОАКС

Показатель	С ОАКС (n=84)	Без ОАКС (n=75)	P
Подгруппа 40-49			
ПОП	1,010±0,022	1,146±0,019	<0,001
ШБК	0,857±0,003	0,996±0,002	<0,001
Подгруппа 50-59			
ПОП	1,000±0,020; p ₁ >0,05	1,139±0,015; p ₁ >0,05	<0,001
ШБК	0,847±0,003; p ₁ =0,033	0,987±0,002; p ₁ >0,05	<0,001
Подгруппа 60-69			
ПОП	0,985±0,017 p ₁ =0,001; p ₂ >0,05	1,137±0,022 p ₁ >0,05; p ₂ >0,05	<0,001
ШБК	0,824±0,003 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	0,959±0,003 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Подгруппа 70 лет и старше			
ПОП	0,986±0,016 p ₁ =0,001; p ₂ >0,05; p ₃ >0,05	1,096±0,029 p ₁ =0,007; p ₂ =0,010; p ₃ =0,031	<0,001
ШБК	0,758±0,002 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001; p ₃ >0,05	0,890±0,006 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001; p ₃ >0,05	<0,001
ПОП	p ₀ <0,001	p ₀ =0,007	
ШБК	p ₀ <0,001	p ₀ <0,001	
Вся группа			
ПОП	0,995±0,021	1,136±0,022	<0,001
ШБК	0,828±0,033	0,971±0,028	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами с ОАКС и без (по U-критерию Манна-Уитни); p₀ – статистическая значимость различий показателей между всеми возрастными группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса); p₁ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой 40-49 лет; p₂ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой 50-59 лет; p₃ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой 60-69 лет (p₁-p₃ – по U-критерию Манна-Уитни).

МПКТ в исследуемых возрастных категориях в зависимости от наличия ОАКС имела свои особенности. Так, на уровне ПОП в группе с ОАКС плотность костной ткани статистически значимо меньше, чем в группе без ОАКС как по всем возрастным категориям, так и в целом (p<0,001 для всех сравниваемых категорий). При этом обращает на себя внимание, что в группе с ОАКС в возрастной категории 40-49 лет значение ПОП выше, чем во всех остальных групповых категориях (p=0,001). В группе без ОАКС статистически значимое наименьшее значение ПОП встречается в группе 70 лет и старше (p<0,05-0,01), тогда как в остальных возрастных категориях значения ПОП не отличаются друг от друга (p>0,05). Значения ШБК в I группе статистически значимо меньше, чем в группе без ОАКС как по всем возрастным категориям, так и в целом (p<0,001 для всех сравниваемых категорий). При этом в обеих группах как с ОАКС, так и без ОАКС, наибольшее значение встречается в группе 40-49 лет, и наименьшее значение в группе 70 лет и выше, т.е. с увеличением возраста значения ШБК плавно уменьшаются. По анализу T-критерия поясничного отдела позвоночника пациенток с ОАКС находились в поле остеопении, а лица без ОАКС в поле нормальной МПКТ.

Ранее в 2013-2015 годы проводился опрос врачей на предмет использования ЛС при терапии больных с ОА в реальной клинической практике. А также мониторинг эффективности использования национального протокола лечения ОА, который был внедрен в практическое здравоохранение республики в 2014 г. Очередной опрос врачей проводился по специально разработанной анкете. Всего в опросе участвовали 206 членов Ассоциации терапевтов РТ в 2019 г, а в 2015 г n=185. Средний возраст врачей в динамике уменьшился,

что связано с ростом молодых специалистов среди врачей. Профессиональный состав врачей, принявших участие в опросе в 2019 г показал, что среди них 119 (57,7%) – врачи стационаров г. Душанбе и 87 (42,3%) врачи различных медицинских центров первичного звена города. Терапевты составили основную массу 56,2%, тогда как число семейных врачей уменьшилось 30,6% против 57,3% в 2015 году. Назначали лечение самостоятельно в 2019 г – 57,3%, а в 2015 г – 45,4% опрошенных врачей. Анализ групп ЛС, используемых врачами при постановке диагноза ОА в ассоциации с ОП показал, что препаратами первой линии при ОА, как и прежние годы являются НПВП, при этом стоит отметить, что статистически значимых изменений в разрезе лет не выявлено (таблица 8).

Таблица 8.- Характеристика приверженности врачей к противоостеопоротической терапии

Наименование препарата	2015 г (n=185)		2019 г (n=206)		P
	Abs	%	Abs	%	
НПВП	89	48,1	111	53,9	>0,05
Хондропротекторы	34	18,4	52	25,2	>0,05
Противоостеопоротические препараты:	36	19,5	93	45,1	
- Препараты Са	20	10,8	48	23,3	<0,01
- Бифосфонаты	2	1,1	7	3,4	>0,05*
- Витамин D	14	7,6	38	18,4	<0,01
Сочетание (несколько групп в зависимости от случая)	59	31,9	97	47,1	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между 2015 и 2019 годами (по критерию χ^2 Пирсона; * – с поправкой Йетса)

Хондропротекторы стали применяться чаще в 25,2% случаев в 2019 году против 18,4% в 2015 году. Положительную динамику в использовании хондропротекторов можно объяснить использованием и широким внедрением национальных клинических протоколов, утвержденными МЗ и СЗН РТ по ведению больных с РЗ в 2014 г, а также увеличением регистрации препаратов различных фармкомпаний в республике. В 2019 году статистически значимо чаще применяли кальций и витамин Д по сравнению с 2015 годом (p <0,01 в обоих случаях). Также в 2019 году чаще применялось сочетанное лечение, чем в 2015 году.

Ситуация с использованием противоостеопоротических препаратов в лечении больных ОА желает быть лучше. Так, с целью выявления причин низкой приверженности врачей к данной терапии, мы провели анализ опроса. Результаты опроса врачей выявили ряд причин в разрезе двух сравниваемых годов. Так, в 2019 г 50,5% и 21,3% (в 2015 г -68,6% и 36,2%) врачей ссылаются на незнание патогенетических взаимосвязей ОА и ОП и низкой информативности врачей о бифосфонатах и других представителей данной группы, боязнь побочных эффектов в 2019 году 18,8% против 28,6% в 2015 г, нежелании пациента, длительности приема и высокие цены в 21,8%, 11,6% и 8,7% против 27,6%, 24,3% и 14,6% в 2015г соответственно.

Таким образом, отмечается положительная динамика в назначении противоостеопоротических препаратов при ОА, хотя цифры желают быть лучше.

С целью изучения структурно-модифицирующей эффективности терапии препаратом кальция с витамином D в комбинации с хондроитин сульфатом (ХС) и глюкозамин гидрохлоридом (ГГХ) у пациентов с ОА, нами были выделены две группы.

1-й группе (n=25) был назначен комплекс терапии – препараты хондроитин сульфат, глюкозамин гидрохлорид (по 1 таблетке 2 раза в день в течение первых трех недель; по 1 таблетке 1 раз в день в течении 6 месяцев) + кальций с витамином D3 (кальций-D3 Никомед форте – по 2 таблетке в сутки – в соотношении с кальцием) витамин D3 100 мг/800МЕ; 2-ая группа (n=25) получала комбинирований препарат хондроитин сульфат+глюкозамин гидрохлорид без витамина D3 с кальцием (таблица 9).

Таблица 9.- Клиническая характеристика больных ОАКС (n=50)

Параметр	I группа (XC+ГГХ+CaD ₃) (n=25)		II группа (XC+ГГХ) (n=25)		P
	Abs	%	Abs	%	
Пол: - мужчины	5	20	3	12	>0,05*
- женщины	20	80	22	88	>0,05
Возраст (среднее) г.	55,2±5,3		53,2±4,2		>0,05**
Длительность ОА (среднее) г.	5,8±0,9		6,2±1,05		>0,05**
R – стадия: - I	8	32	4	16	>0,05*
- II	11	44	18	72	<0,05
- III	6	24	3	12	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера, **по U-критерию Манна-Уитни).

МПКТ у больных ОА в двух сравниваемых группах оценивалась в динамике. У больных I- группы в течении 6-месячного лечения наблюдалась повышение МПКТ: показатели ВЦА до лечения 52,2±0,2, после лечения 55,7±0,2 (p<0,01); показатели Z и T до лечения 1,68±0,07 и 2,66±0,07 (P<0,05) соответственно, а после лечения 1,13±0,07 и 1,89±0,09 (p<0,01) соответственно. Болевой синдром (в суставах и в позвоночнике) оценивался по ВАШ и в баллах. Результаты влияния кальция витамина D₃ на клинические проявления ОП свидетельствуют, что на фоне лечения в I группе наблюдается достоверное уменьшение болей в суставах (80,5±3,1 (до лечение) и 59,3±3,0 (после лечения) (p<0,01). Во II группе боль в суставах по ВАШ имела тенденцию к уменьшению, но менее выражена 79,5±3,0 и 74,7±3,0 (p>0,05) соответственно. Оценка болей в позвоночнике в I группе достоверно снизилась (до лечения – 2,96±0,07 и после лечения 2,53±0,07) (p <0,01). После лечения показатели ВАШ и бол. поз. в I группе статистически значимо ниже, чем во II группе (p <0,001 для обоих показателей).

Мы сочли необходимым исследовать некоторые биохимические показатели костной резорбции и остеосинтеза на фоне в 6-месячного лечения в 2-х сравниваемых подгруппах (таблица 10).

Таблица 10.-Показатели костного–ремоделирования у больных ОА в процессе лечения

Показател	I группа (XC+ГГХ+CaD ₃) (n=25)	II группа (XC+ГГХ) (n=25)	P
Кальций крови (N-2,25-2,75 ммоль/л)			
-до лечения	2,2±0,2	2,2±0,2	>0,05
-после лечения	2,0±0,2	2,3±0,1	<0,05
p ₁	>0,05	>0,05	
Щелочная фосфата (N-0,90-2,3 мккат/л)			
-до лечения	1,8±0,1	1,8±0,1	>0,05
-после лечения	2,2±0,1	1,9±0,1	<0,05
p ₁	<0,001	>0,05	
Остеокальцин (N-8,8- 37,6 мг/мл)			
-до лечения	15,4±1,8	15,3±1,8	>0,05
-после лечения	26,5±1,8	11,2±1,1	<0,05
- достоверность	<0,001	<0,01	

Примечание: p₁ – статистическая значимость различий показателей до и после лечения (по T-критерию Вилкоксона).p₂ – статистическая значимость различий показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Содержание остеокальцина в сыворотке крови (показатель стимулирования остеосинтеза) в I группе после лечения достоверно повысился 15,4±1,8→26,5±1,8 мг/мл.

Аналогичная картина и с щелочной фосфатазой $1,8\pm 0,1 \rightarrow 2,2\pm 0,1$ мккат/л. Таким образом, у больных с ОА на фоне 6-месячного комплексного лечения с включением кальция с витамином ДЗ отмечалось повышение МПКТ, достоверное снижение болевого синдрома и улучшение показателей костного моделирования.

Выводы

1. Анализ частоты переломов в анамнезе у больных с различными РЗ выявил ряд особенностей. В общей группе больных с РЗ каждый третий (33,3%) респондент указал в анамнезе на перенесённый перелом. С наибольшей частотой количества пациентов перенесенных в анамнезе переломов наблюдались у больных с СЗСТ – 37,5%, РеА+СПА – 36% и РА – 35,5%. Характер и частота факторов риска остеопороза у больных РА и ОА имеет свои особенности. Переломы в анамнезе у больных с РА зачастую связаны с длительным приемом ГКС, а значимыми факторами риска ОП при ОА явились возрастные, антропометрические, наличие менопаузы у женщин, длительность заболевания, рентгенологическая стадия и степень функциональной недостаточности суставов (ФНС). Результаты анализа опроса ревматических больных с МОП показали, что 85% больных не принимали адекватную противоостеопоротическую терапию, при этом у 68% больных отсутствовали рекомендации со стороны врачей [1-А, 2-А, 8-А].

2. По результатам денситометрии у больных с иммунно-воспалительными РЗ (РА, РеА+СПА и СЗСТ) ОП диагностирован у 51,6%, 16% и 62,5% соответственно. При этом каждый третий (33,8%) пациент с ОА был ассоциирован с ОП. Оценка абсолютного риска основных остеопорозных переломов по шкале FRAX выявил высокий риск как в группе с иммунно-воспалительными РЗ – РА – 24,2% (10,5-25,4), РеА+СПА – 24% (6,5-11,2) и СЗСТ – 25% (18-28,0), так и в группе больных с ОА – 21,5% (18-28,5) [3-А].

3. Структурно-функциональное исследование костной ткани методом ультразвуковой денситометрии у больных с ОАКС (n=106) выявил остеопению у 40 (37,7%) и ОП у 30 (28,3%) пациентов, а остепения+ОП у 15 (14,2%). Минеральная плотность костной ткани у женщин с ОАКС в различных возрастных группах на уровне поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости по сравнению с контрольной группой (без ОАКС) была достоверно низкой [4-А, 6-А, 7-А].

4. Функциональные показатели суставного синдрома у больных с ОАКС по ВАШ (мм), WOMAC (мм) и Lenguence отражающие уровень боли в суставах, показали существенное превышение в группе больных с ОП и остеопении, по сравнению с больными с нормальными показателями МПК. Биохимические параметры – ХС, мочевая кислота и показатели СОЭ у больных с ОА с нормальными и сниженными показателями МПК были на одном уровне, а показатель активности воспаления (СРБ) был достоверно ($p < 0,001$) выше в группе больных со сниженной МПКТ- $9,8\pm 2,1$ мг/л против $6,7\pm 2,0$ мг/л [4-А, 6-А].

5. Результаты анализа опроса врачей показал, что реальная практика назначения ЛС в режиме сравнения (2015 и 2019 гг.) для больных с остеоартритом НПВП являются препаратами первой линии, а хондропротекторы стали чаще использоваться в 2019 году- 25,2% против 18,4% в 2015 году. Ситуация с использованием противоостеопоротических препаратов в республике больным с ОА желает быть лучше. В 2015 и 2019 гг. 68,6% и 50,5% врачей ссылаются на незнание патогенетических взаимосвязей ОА и ОП, 36,2% и 21,3% - низкую информативность о бифосфонатах, 28,6% и 18,8% - на боязнь побочных эффектов, 27,6% и 21,8% - нежелание пациента, 24,3% и 11,6% - длительность приема, 14,6% и 8,7% - высокую цену ЛС, соответственно [2-А, 5-А].

6. Оценка эффективности структурно-модифицирующей терапии препаратом кальция с витамином D в комбинации с хондроитин сульфатом и глюкозамин гидрохлоридом у пациентов с ОА на фоне 6-месячного комплексного лечения показало повышение МПКТ, достоверное снижение болевого синдрома и улучшение показателей костного ремоделирования [2-А, 5-А].

Рекомендации по практическому применению результатов

1. Отсутствие клинической симптоматики ОП у больных с ОА способствует прогрессированию функциональных нарушений со стороны суставов, снижает эффективность терапии и приводит к неблагоприятным исходам.
2. В протоколы обследования больных с РЗ помимо общепринятых стандартов обследования, включить исследования минеральной плотности костной ткани и диагностическую шкалу FRAX с целью раннего выявления ОП и остеопении.
3. Врач – терапевт и ревматолог в своей практической деятельности должен широко использовать опросник для больного с ОА, с обязательным включением пункта о наличии переломов в анамнезе и длительности использования ГКС.
4. С целью оптимизации качества медицинской помощи и предупреждения переломов у больных с РЗ необходима организация образовательных циклов среди практикующих врачей, путем активизации работы отраслевых ассоциаций республики.
5. В протоколы лечения больных с ОА необходимо помимо базисных препаратов включить комплексное использование препаратов Са и витамина D.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в рецензируемых журналах

- [1–А] Мирзовалиев О.Х. Остеопороз в ассоциации с ревматическими заболеваниями /С.М. Шукурова, О.Х. Мирзовалиев// Ж. «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана». – Душанбе. – 2020. – №1 – С. 71-77.
- [2–А] Мирзовалиев О.Х. Реальная практика использования лекарственных средств и оптимизация терапии у больных остеоартритом в ассоциации с остеопорозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова, У.З. Асомиддинов, М.Э. Раджабзода// Ж. «Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана». – Душанбе. – 2021. – Т.11, №1. – С. 40-48.
- [3–А] Мирзовалиев О.Х. Характеристика остеопороза у больных с ревматическими заболеваниями /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова// Ж. «Здравоохранение Таджикистана» – Душанбе. – 2021 г. – № 3. – С. 48-54.
- [4–А] Мирзовалиев О.Х. Клинико-функциональные предикторы остеоартрита в ассоциации с остеопорозом /О.Х. Мирзовалиев// «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе. – 2021. – №239. – С. 39-46.

Статьи и тезисы в публикациях конференций

- [5–А] Мирзовалиев О.Х. Оценка реальной практики назначения лекарственных средств больным остеоартрозом и остеопорозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVI научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». – Душанбе. – 2020. – С.39.
- [6–А] Мирзовалиев О.Х. Характеристика остеопороза у больных гоноартрозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVI научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». – Душанбе. – 2020. – С.40.
- [7–А] Мирзовалиев О.Х. Частота остеопороза у больных гоноартрозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова, Х.В. Саидов, Х.Т. Мирзовалиев//Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. – 2021. – С.82.
- [8–А] Мирзовалиев О.Х. Ревматические болезни и остеопороз /С.М. Шукурова, О.Х. Мирзовалиев// Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. – 2021. – С.104-105.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ ИЛИ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия
АлАТ – аланинаминотрансфераза
АсАТ – аспаратаминотрансфераза
БКМС – болезни костно-мышечной системы
ВАШ – визуально-аналоговая шкала
ГГХ – глюкозамин гидрохлорид
ГКС – глюкокортикостероиды
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДРА – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМТ – индекс массы тела
ЛС – лекарственные средства
МОП – малотравматичные остеопоротические переломы
МПК – минеральная плотность кости
МПКТ – минеральная плотность костной ткани
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
ОА – остеоартрит
ОАКС – остеоартрит коленных суставов
ОП – остеопороз
РА – ревматоидный артрит
РБ – ревматические болезни
РеА – реактивный артрит
РЗ – ревматические заболевания
САД – систолическое артериальное давление
СЗСТ – системные заболевания соединительной ткани
СД – сахарный диабет
СКВ – системная красная волчанка
СПА – спондилоартриты
СРБ – С-реактивный белок
ФНО – фактор некроза опухоли
ФНС – функциональная недостаточность суставов
ХС – хондроитин сульфат
ACR – Американская коллегия ревматологов
ESCEO – European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis
FRAX – Fracture risk assessment tool

**МДТ «ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ
СОҶАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

УДК 616.72-002;616.71-007.234.

Бо ҳуқуқи дастнавис

Мирзовалиев Ораз Хусанбоевич

**ОСТЕОАРТРИТ ДАР ЯКҶОЯГӢ БО ОСТЕОПОРОЗ
(басомад, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва беҳтарсозии табобат)**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиб

аз рӯи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ

Душанбе-2022

Таҳқиқот дар кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Шукурова Сурайё Мақсудовна – узви вобастаи АМИТ, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Муқарризони расмӣ:

Саидов Ёр Умарович – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Ризоева Ойгилло Рустамовна – номзади илмҳои тиб, ассистенти кафедраи терапияи Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Муассисаи тақриздиханда:

МТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Беларуссия»

Ҳимояи рисола «___»_____соли 2022 соати «___»дар чаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-008 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» Суроға:734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.tj, +992918724088 баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2022 ирсол гардид

**Котиби илмии
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент**

Р.Ҷ. Ҷамолова

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзӯи таҳқиқот. Афзоиши глобалии пиршавӣ нишондиҳандаҳои нисбатан баландтари остеопароз (ОП)-ро ба вучуд меорад, ки зичӣ ва сифати устухонҳоро паст мекунад [Белая Ж.Е., 2020; Васильева Л.В., 2021]. Бемороне, ки аз бемориҳои тарбодӣ (БТ) азият мекашанд, дар онҳо хатари баланди пайдошавии ОП дида мешавад [Добровольская О.В., 2020; Makino A., 2018]. ОП хусусияти фарқкунандаи БР (бемориҳои ревматикӣ) ба ҳисоб рафта, паҳншавии он бо назардошти пиршавии аҳоли дар солҳои наздик афзоиш меёбад [Stemmler F., 2018]. Илтиҳоб ва беҳаракатӣ яке аз роҳҳои асосии аз даст додани массаи устухонҳо ҳангоми БТ ба ҳисоб мераванд, аммо дар патогенези ОП дигар механизмҳои метаболитикӣ низ иштирок менамоянд. Ин механизмҳо асосан ҳангоми ОП дар постменопауза ва дигар бемориҳои нодир моногении скелет омӯхта шудаанд [Giovanni A., 2019].

ОП- ин бемории системавии скелет мебошад, ки дар он пастии зичии маъдани бофтаҳои устухонҳо (ЗМБУ) ва ихтилолҳои микроархитектоникаи бофтаи устухонҳо бо минбаъда афзудани шиканандагӣ ва хатари шикастани устухонҳо дида мешавад [Васильева Л.В., 2021; Adami G., 2019]. Остеоартрит (ОА), баръакс, натиҷаи осеб дидани тағояки бугумҳо ба ҳисоб меравад, ки дар асари таъсири мутақобилаи генетикӣ, метаболитикӣ, биохимиявӣ ва омилҳои механикӣ бо компонентҳои дувуми илтиҳоб пайдо мешавад [Алексеева Л.И., 2019; Сорока Н.Ф., 2020; Zhao X., 2019]. Ҳарду беморӣ мушкilotи чиддӣ проблемаҳои нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ба шумор мераванд, ки ба ҳолати умумии солимӣ ва сифати ҳаёт-дард, қобилияти функционалӣ ва шакли ҷисмонӣ- одамони солхӯрда, таъсир мерасонанд [Лесняк О.М., 2018; Алексеева Л.И., 2019; Новаков В.Б., 2021; Bruyere O., 2019].

Таҷрибаи клиникӣ нишон медиҳад, ки ОП ва ОА метавонанд ҳамзистӣ дошта бошанд. Наздикии онҳо то ҳол номафҳум боқӣ монанд, гарчанде як қатор таҳқиқотҳо вучуд доштани иртиботҳои умумии генетикиро муқаррар кардаанд [Насонов Е.Л., 2018; Кашеваров Н.Г., 2019]. Таҳқиқотҳои абсорбсиометрияи дуэнергетикӣ рентгенӣ (АДР) нишон доданд, ки дар беморони гирифтори ОА зичии маъдани устухонҳо ва муҳтавои маъданҳо дар устухонҳо баланд шудааст. Бо ин ҳама зичии нисбатан баландтари маъдани устухонҳо (ЗМУ) ба кам шудани хатари шикастагиҳои остеопорозӣ оварда намерасонад, чунки бартарии сохтории камшавии ҷудошавии трабекулярӣ ва зиёд шудани миқдори трабекулаҳо дар устухонҳои беморони дорои ОА бо омилҳои бо ОА алоқаманд, ба монанди ноустувории постуралӣ ва суст шудани мушакҳо, баробар мешаванд [Аверкиева Ю.В., 2020; Barbour K.E., 2017; Kim Y.H., 2018].

Ба он нигоҳ накарда, ки дар масъалаҳои умумияти тағйироти патофизиологӣ то андозае равшанӣ андохта шуда бошад ҳам, проблемаи якҷояшавии ОА ҳангоми ОП аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳим боқӣ мемонад, чунки якҷояшавии онҳо сифати ҳаётро паст мекунад. Омӯзиши паҳншавии ОП ҳангоми ОА, ошкор намудани хатаре, ки ба тезонидани пастшавии массаи устухонҳо оварда мерасонад, на танҳо аҳамияти назариявӣ, балки амалӣ низ дорад, зеро барои ташхиси барвақти оризаҳои вазнин ва коркарди чорабиниҳои комплекси пешгирии онҳо мусоидат мекунад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаҳои омӯхташаванда

Бисёр масъалаҳои иртиботи мутақобилаи патологияи ОА ва ОП дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) кам маълуманд ва омӯхташуда боқӣ мондаанд. Таҳлили адабиёти илмӣ ба мавзӯи БР бахшидашуда нишон медиҳад, ки мавзӯи мазкур дар таҳқиқотҳои илмӣ доктори илмҳои тиб, проф. Шукурова С.М., д.и.т. Саидов Ё.У., номзадони илмҳои тиб: Ҳамроева З.Д., Киримова Г.Н., Тоирова Х.К., Ахунова Н.Т., Холова З.У. ба таври васеъ мавриди баррасӣ қарор гирифтааст, дар онҳо масъалаҳои вучуд доштани бемориҳои ҳамроҳшудаи кардиоваскулярӣ, масъалаҳои ташхис ва пешгирии БР инъикоси худро ёфтаанд.

Дар адабиёти илмӣ имконпазирии иртиботи мутақобилаи ду ҳолати аз ҷиҳати синну сол муттаҳидшуда, яъне атерогенези барвақт ва паст шудани массаи устухонҳо баррасӣ карда шудааст [Цурко В.В. и др. 2015; Мурадянц А.А. и др., 2016; Cheung E

etal., 2014]. Ин концепсия дар як қатор таҳқиқотҳо тасдиқи худро ёфтааст, ки дар онҳо якҷояшавии (ассотсиатсияи) байни маркерҳои фаъолнокии илтиҳоб (С – сафедаи реактивӣ (СРБ) ва кам шудани ЗМУ, аз як тараф ва хатари баланди ҳолатҳои кардиоваскулярий, аз тарафи дигар, муайян карда шудааст [Насонов Е.Л. 2019; Goldring S.R. 2011].

Бемориҳои синну солии устухонҳо, ба монанди ОП ва ё ОА бинобар маъюбшавиҳои функционалие, ки онҳо ба вучуд меоранд, проблемаи чиддии нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ба ҳисоб мераванд. Дар ин замина шикастани устухони рон, сутунмуҳра ва дастпанча оқибатҳои чиддии иқтисодӣ ва тиббиро ба бор меоранд. Ғайр аз ин, шикастагиҳое, ки ба дараҷаи нисбатан баландтари беморшавӣ ва фавтият дар дурнамои дарозмуҳлат алоқаманд мебошанд, ба хароҷотҳои бузурги молиявӣ ва тиббӣ оварда мерасонанд.

Иртиботи таҳқиқот бо барномаҳои илмӣ (лоихаҳо) мавзӯҳо

Дар қори ҳифзи солимии ҚТ самти афзалиятноки фаъолият ин ташкили ёрии самаранок ва пешгирии бемориҳои сироятӣ мебошад, бо назардошти он ки барои онҳо оқибатҳои вазнини фавти пеш аз вақт ва ба таври устувор аз даст додани қобилияти қорӣ хос аст. Дар сохтори бемориҳои ғайрисироятӣ бемориҳои дастгоҳи такавӣ ҳаракат дар баробари бемориҳои дилу рағҳо ва бемориҳои узвҳои нафаскашӣ сабаби асосии фавт дар сохтори фавти умумии аҳолии ҚТ боқӣ мемонад. Тасодуфӣ нест, ки бо Қарори Ҳукумати ҚТ аз 03.12.2012, №676 лоихаи “Перспективаҳои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар Тоҷикистон дар давраи солҳои 2012-2023” тасдиқ шудааст. Мақсади коркарди Перспективаи мазкур ба ҳаллу фасли баланд бардоштани авлавият ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва коркарди инфрасохтори самаранок барои пешгирӣ кардани бемориҳои дилу рағҳо равона гаштааст. Дар доираи ҳуҷҷатҳои зикршуда даҳҳо лоихаҳои илмӣ-таҳқиқотӣ ва барномаҳо иҷро ва натиҷаҳои онҳо дар тандурустии амалӣ фаъолон татбиқ карда шуд. Таҳқиқоти рисолаи мазкур як ҷузъи ин ҳуҷҷат аст, ки дар он нашрияҳои калидии илмӣ бахшида масъалаҳои гуногуни ревматология ва эндокринология мавриди таҳлили муфассал қарор дода шудаанд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши басомад, муқаррар кардани омилҳои хатари пешравӣ, ошқор намудани хусусиятҳои сохторӣ-функционалии скелет ва коркарди илман асосноки ҷорабиниҳои пешгирии ОА дар якҷоягӣ бо ОП.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Гузаронидани таҳлили басомади шикастагиҳо (дар анамнез), омилҳои хатари пайдошавии ОП ва хусусияти таъобат дар беморони гирифтори БТ-и гуногун;
2. Баҳогузори тибқи маълумотҳои денситометрияи басомади ОП ва хатари мутлақи шикастагиҳои остеопорозӣ дар беморони гирифтори БТ ва ОА;
3. Омӯхтани хусусиятҳои ЗМБУ, иртиботи мутақобилаи биохимиявӣ ва функционалии остеоартрити буғумҳои зону (ОАБЗ) дар якҷоягӣ бо ОП дар занҳо;
4. Омӯзиши амалияи воқеии таъйин кардани таъобати доругӣ дар беморони гирифтори ОА бо ОП-и ҳамроҳшуда ва коркарди нишондод барои истифодаи препаратҳои калсий ва витамини D.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 125 бемори дорои ОА буд ва таҳқиқоти комплекси вучуд доштани ОП, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, омилҳои хатари пешравӣ ва хусусиятҳои таъобат гузаронида шуд. Ҳамзамон таҳлили ретроспективии таърихи бемории 180 бемори гирифтори БР гузаронида шуд, ки дар шӯъбаи терапевтии беморхонаи вилояти Суғд дар давраи солҳои 2018-2020 бистарӣ буданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши симптомҳои асосии клиникии БТ (симптомҳо, синдроми буғумҳо, рентгени буғумҳо, параметрҳои биохимиявӣ, денситометрия) буд. Ҳолати ЗМБУ вобаста аз ҷинс ва синну сол омӯхта шуд. Пурсиши табибони ҷумҳурӣ доир ба мавзӯи омӯзиши амалияи воқеии таъйин кардани дорухон

зидди остеопорозӣ гузаронида шуд. Натиҷаҳои муқоисаи таҳқиқоти клиникӣ-инструменталӣ имконият доданд, ки беморони гурӯҳи хатари баланди шикастани устухонҳо дар беморони мубтало ба ОА сари вақт муайян карда шаванд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Таҳқиқоти бахшида ба якҷояшавии БТ ва ОП яке аз аввалинҳо дар ҚТ маҳсуб мешавад. Бори нахуст дар ҚТ сохтор ва басомади ОП дар беморони гирифтори БТ омӯхта шудааст, дар он нишон дода мешавад, ки ҳар як бемори сеюми гирифтори БТ (33,3%) дар анамнези худ шикастагии скелетро зикр кардаанд. Тибқи маълумоти денситометрия муайян карда шудааст, ки ОП дар 37,7%-и беморони гирифтори БТ ба мушоҳида мерасад, баҳогузори ба хатари мутлақи шикастагиҳои ОП мувофиқи шкалаи FRAX (Fracture risk assessment tool) сураат гирифт, маълум мешавад, ки хатари баланди онҳо дар гурӯҳи беморони дорои ОА ва БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ ба назар мерасад.

Бори аввал омилҳои асосии пешравии ОП дар беморони гирифтори БТ муайян карда шуд, ки дар байни онҳо истеъмоли тӯлонии глюкокортикостероидҳо (ГКС) ва фаъолнокии пасти ҷисмонӣ мавқеи калидӣ доштанд.

Муқаррар карда шуд, ки нишондиҳандаҳои сохторӣ-функционалии бофтаҳои устухонҳо ҳангоми ОАБЗ (остеоартрити бугумҳои зону) аз марҳалаи рентгенологӣ бевосита вобастагӣ доранд, параметрҳои функционалии синдроми бугумҳо ва параметрҳои биохимиявӣ бошанд, дар беморони гирифтори ОА дар якҷоягӣ бо ОП назар ба гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан баланд буданд.

Муайян карда шуд, ки ҳолати доруҳои зиддиостеопорозиро истеъмоли кардани беморони гирифтори ОА дар ҷумҳурӣ ташвишвар аст. Пурсиши табибони ихтисосҳои гуногун дар солҳои 2015-2019 нишон дод, ки таъйин кардани доруҳои зидди ОП барои беморони гирифтори ОА мутаносибан 19,4% ва 45,1%-ро ташкил медиҳад, аз ҷумла, бифосфонат 5,6% ва 7,5%. Дар солҳои 2015-2019-ум 68,6% ва 50,5% аз надонистани иртиботи мутақобилаи патогенетикии ОА ва ОП, мутаносибан 36,2% ва 21,3% - аз хусуси иттилоотнокии паст дар бораи бифосфонатаҳо, 28,6% ва 18,8% – аз тарси таъсирҳои манфии иловагӣ, 27,6% ва 21,8% – хоҳиш надоштани бемор, 24,3% ва 11,6% – тӯлонӣ истеъмоли намудан -14,6% ва 8,7% мутаносибан, аз нархи қимат сухан гуфтаанд.

Баҳогузори ба самаранокии таъобати сохторӣ- модификатсионии доруи калсий бо витамини D дар якҷоягӣ бо хондроитин сульфат ва глюкозамини гидрохлорид дар беморони гирифтори ОА дар заминаи таъобати комплекси 6-моҳа баланд шудани ЗМБУ ва саҳеҳан паст шудани синдроми дард ва беҳтар шудани нишондиҳандаҳои ремодилизатсияи (бозсозии) устухонҳо ба мушоҳида расид.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии тадқиқот. Арзиши тадқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ, методӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар рисола пешниҳодшуда метавонанд дар раванди таълими донишгоҳҳои тиббии ҷумҳурӣ истифода шаванд.

Дар рӯйхати мониторинги стандартӣ таҳқиқоти ташхисии бемори мубтало ба ревматизм зарурати пурсиши ҳамаҷонибаи бемор оид ба доштани шикастагии устухонҳо дар анамнез, давомнокӣ ва дозаи муолиҷаи гормоналӣ қайд гардидааст. Ба протоколҳои ташхиси бемороне, ки патологияҳои узвҳои тақяву ҳаракат доранд, дохил кардани усули денситометрияи ултрасадоӣ барои арзёбии пастшавии ЗМБУ дар марҳилаҳои барвақтӣ мувофиқи мақсад аст. Ба протоколҳои таъобати беморони гирифтори БТ ва ОА дар баробари таъобати базисӣ, ворид кардани доруҳои зидди остеопороз барои пешгирӣ кардани шикастагиҳои камосеб мусоидат мекунад. Интиҳоби дурусти маводҳои калсий ва витамини D барои пешгирии синдроми остеопениявӣ дар беморони гирифтори ОА кӯмак мекунад.

Нуқтаҳои ҳимояшавандаи диссертатсия:

1. Нишон додани шикастагиҳои камосеб дар анамнези беморони гирифтори БТ дар заминаи ҷараёни беморӣ доштани ОП барои ташхиси барвақтии остеопения нақши муҳим дорад. Басомади шикастагии устухонҳо дар анамнези беморони гирифтори патологияҳои узвҳои тақяву ҳаракат бевосита аз намуди БТ вобаста

мебошад. Басомади бештарини шикастани устухонҳо дар беморони гирифторм ба БТ иммуннй-илтиҳобй мушоҳида шудааст ва инро метавон бо истеъмоли дарозмуддати ГКС-ҳо ва асосан бо дозахои беназорати онҳо маънидод кард;

2. Дар рафти кор омилҳое муайян карда шуданд, ки ба инкишофи ОП дар беморони гирифторм ба патологияҳои ревматикй таъсир доштанд. Беасос таъйин шудани ГКС-ҳо бе танзими воя ва бидуни мониторинг аз ҷониби табибон миқёси ҷиддй доштани мушкилоти ОП-ро дар ҷумҳурй ошкор мекунад. Дар баробари истифодаи тӯлонии ГКС-ҳо ба инкишофи ОП ҳангоми БТ синну сол, хусусиятҳои антропометрй, давомнокии беморй, марҳилаи рентгенологй ва дараҷаи ихтилоли функционалии буғумҳо нақши муҳим доранд;

3. Омӯзиши ЗМБУ бо усули денситометрия меъёри «тиллой» барои ташҳиси ОП мебошад ва корбурди он дар ревматология хатари шикастани устухонҳоро яқинан кам мекунад. Вобастагии байни дараҷаи андозаҳои денситометрй ва генези бемориҳои ревматикй муайян карда шудааст, дар ин ҳол баҳодиҳии хатри мутлақи шикастагиҳои асосии остеопорозиро аз рӯйи ҷадвали FRAX, ки дараҷаи хатарро (баланд, паст) нишон медиҳад, ҳамчун алгоритми ташҳис низ истифода бурдан мумкин аст;

4. Дар беморони дорои ОА омили муҳимми модификатсиянашвандаи хатари ОП мансубият ба ҷинси зан мебошад. ЗМБУ дар занҳои дорои ОАБЗ-и гурӯҳҳои гуногуни синнусолй дар сатҳи қисми камарии сутунмӯҳра ва гарданаки устухони рон дар муқоиса бо гурӯҳи назоратй (бидуни ОА) саҳеҳан паст буд. Тағйироти сохторй- функционалии бофтаҳои устухон дар беморони дорои ЗМБУ ба нишондиҳандаҳои функционалии синдроми буғумй (мувофиқи ШВА (ВАШ) (мм), Womac (мм) ва Lenguence), ки сатҳи дард дар буғумро инъикос мекунанд, таъсир мерасонад. Дар байни нишондиҳандаҳои биохимиявй сафедаи С-реактивй параметри дорои хассосияти баланд ҳангоми ОА бо ЗМБУ-и паст мебошад;

5. Пурсиши динамикии табибон оид ба таъйини доруҳои зиддиостеопорозй ҳангоми ОА дар якҷоягй бо ОП сатҳи пасти корбурди маводҳои ин гурӯҳро ошкор намуд. Дар байни сабабҳои зиёди тамоюли паст ба истифодаи доруҳое, ки ҳангоми ОП ба кор бурда мешаванд, надонистани робитаҳои патогенетикии ОА ва ОП, иттилоъмандии паст оид ба бифосфонатҳо, инчунин тарс аз таъсирҳои манфӣи иловагй ва ба истеъмом хоҳиш надоштани бемор бартарй доранд;

6. Самаранокии таъсири сохтортағйирдиҳандаи маводҳои калсий бо витамини D дар якҷоягй бо хондроитин сулфат ва глюкозамин гидрохлорид дар беморони дорои ОА дар ЗМБУ ба тағйироти мусбат дар синдроми буғумй ва нишондиҳандаҳои тағйирдиҳии сохтори устухонй асос меёбад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Он дар базаи репрезентативии маводҳои содиротй: ҳуҷчатҳои аввалияи тиббй (картаи тиббй ва таърихи беморй, кортҳои инфиродии беморон, розигии хаттй барои гузаронидани як қатор тадқиқотҳо бо усулҳои асбобй) асос ёфтааст. Натиҷаҳои таҳқиқот, ки дар феҳристи хаттй пешниҳод мегарданд, ба пойгоҳи электронии маълумотҳо ва картотекаҳо низ дохил карда мешаванд. Натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторй дар шакли хаттй (дафтарҳои бақайдгирй) ва дар шакли электронй пешниҳод мегарданд. Натиҷаҳо ва эътимоднокии онҳо бо ҳаҷми кофӣи маводҳои таҳқиқотй, мақолаҳо ва коркарди омории натиҷаҳо тасдиқ карда мешаванд. Мақолаҳои вобаста ба мавзӯи рисола дар маҷаллаҳои пешбар барои маводҳои тадқиқотҳои рисолавй инъикос ёфтаанд. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмии натиҷаҳои кор асос меёбанд. Яқинии онҳоро дурустии интиҳоби иштирокчиёну намунаҳо, фаро гирифтани маводи аввалия, таҳлили дақиққоронаи он, равишҳои системанок ва истифодаи усулҳои муосири таҳлили омории маълумот таъмин месозанд.

Мувофиқати рисола ба шиносномаи ихтисоси илмй (формула ва соҳаи таҳқиқот). Ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) назди Президенти ҶТ аз рӯйи ихтисоси 14.01.04.- Бемориҳои дарунй: зербанди 3.4. Этиология ва патогенез, омилҳои хатар, генетикаи бемориҳои узвҳои дохилй; зербанди 3.8. Зухуроти клиникии

бемориҳои узвҳои дарунӣ; зербанди 3.9. Патологияи омехтаи узвҳои хунгардии дохилӣ, узвҳои нафаскашӣ, узвҳои ҳозима, системаи пешоброноу чинсӣ, бофтаҳои таъҷув ҳаракат ва пайвастанданда, системаи эндокринӣ бо тамоми гуногунии зуҳуроти онҳо; зербанди 3.14. Хусусиятҳои синнусолии чинсӣ, этникии бемориҳои узвҳои дохилӣ мувофиқ мебошад.

Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ. Саҳми шахсии муаллиф аз самти илмии мустақилона интихобшуда, таҳлили маълумоти адабиёт оид ба масъалаи мавриди омӯзиш иборат аст. Бо ҳамроҳии роҳбар мақсади кор, вазифаҳо ва роҳҳои расидан ба онҳо муайян карда шуданд. Муоинаи клиникӣ, асбобии беморон, пур кардани варақаҳои бақайдгирии зарурӣ ва шаклҳои баҳисобгирию қортҳои клиникии махсус барои ин тадқиқот тарҳрезӣшуда аз ҷониби муаллиф мустақилона анҷом дода шуданд. Арзёбӣ ва тафсири усулҳои биохимиявӣ ва асбобии тадқиқот бо табибони лабораторияҳо ва утоқҳои функционалии беморхонаи вилояти Суғд (ш. Хучанд) ва беморхонаи шаҳраки Адрасмон гузаронида шуданд. Шарҳу тафсири натиҷаҳои бадастомада, тавсифи хулосаҳо ва тавсияҳо яққоя бо роҳбари илмӣ анҷом дода шуданд.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола. Маводҳои рисола дар конференсияҳои илмии солони Муассисаи давлатии таълимии “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ДТБДКСТ ҶТ)” (2019, 2020, 2021), МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон (ДДТТ) ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (2020, 2021), конгресси кардиологҳо ва терапевтҳои кишварҳои Осиё ва ИДМ (Душанбе, 2019) гузориш ва муҳокима шудаанд. Нуктаҳои асосии рисола дар ҷаласаи Шӯрои эксперти байникафедравӣ оид ба фанҳои терапевтии МДТ “ДТБДКСТ ҶТ” (протоколи № 4/1 аз 14 –уми декабри соли 2021) гузориш ва муҳокима карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ба фаъолияти клиникӣ ва табобатии шӯбаи ревматологияи ММТ «Шифобахш»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, МД «Маркази тиббии шаҳрии №2 ба номи акад. К.Т. Тоҷиев», шӯбаи эндокринологии МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» татбиқ карда шудаанд. Маводҳои диссертатсия дар раванди таълим дар кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ “ДТБДКСТ ҶТ” кафедраи эндокринологияи МДТ “ДТБДКСТ ҶТ” мавриди истифода қарор дода мешаванд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Дар мавзӯи марбут ба рисола 8 таълифоти ҷопӣ, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризшаванда, ки ҚОА назди Президенти ҶТ барои ҷопи натиҷаҳои таҳқиқотҳои рисолавӣ тавсия медиҳад, ҳамчунин 4 тезис ба таъри расонида шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми рисола. Сохтори рисола шакли анъанавӣ дошта, дар 149 саҳифа таҳия шудааст. Аз муқаддима, 6 боб (шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 3 боби бахшида ба натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ ва боби баррасии натиҷаҳои бадастомада), хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ, рӯйхати адабиёти истифодашуда, замима иборат мебошад. Ба рӯйхати адабиёти истифодашуда 232 сарчашма дохил карда шуд, ки аз онҳо 86 адад ватанӣ ва 146 адад хориҷӣ мебошанд. Дар рисола 16 расм ва 35 ҷадвал оварда шудааст.

ҚИСМИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот 125 бемори гирифтори ОА-ро, ки дар шӯбаи терапевтии беморхонаи шаҳрии №1 (шаҳраки Адрасмон) дар давоми солҳои 2018-2020 барои табобати статсионарӣ бистарӣ шуда буданд, фаро гирифт. 180 таърихи беморони гирифтोर ба БТ-и гуногун, ки дар давоми солҳои 2018-2020 дар Беморхонаи вилоятии клиникии Суғд таҳти назорати статсионарӣ қарор доштанд, бо ҳадафи муайян кардани басомади ОП гузаронида шуд. Як гурӯҳи бемор (n=84) бо гоноартроз (ОАБЗ) барои муайян намудани мавҷудияти ОП дар онҳо мавриди таҳлили муфассалтар қарор дода шуд. Илова бар ин, зергурӯҳи беморони гирифтори гоноартроз (n=50) ҷудо карда шуд, ки дар он самаранокии сохтортағйирдиҳии препаратҳои калсий бо

витамины D дар якҷоягӣ бо муолиҷаи заминавӣ омӯхта шуд. Марҳилаи ниҳони кор пурсиши табибони ихтисосҳои гуногун оид ба истифодаи доруҳо дар табобати ОА ва ОП дар солҳои 2015 ва 2019 буд. Пурсиш дар ҷаласаи навбатии Ассотсиатсияи терапевтҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон соли 2019 бо истифода аз саволномаи махсус тарҳрезӣшуда доир гардид. Ташҳиси ОА-и ибтидоии буғумҳо мувофиқи меъёрҳои гузошта шуд, ки барои истифодаи амалӣ аз ҷониби Ассотсиатсияи ревматологҳои Россия (АРР) соли 2006 бо назардошти меъёрҳои Altman R.D. (1995) тавсия шудаанд.

Дар раванди муоинаи беморони гирифтори ОА маҷмӯи протокол барои муоинаи бемори ревматологӣ истифода шудааст: умумиклиникӣ (пурсиш, муоина, палпатсия, аускултатсия); арзёбии санҷишҳои функционалии синдроми буғумӣ. Ташҳис ва арзёбии вазнинии ОП дар беморони муоинашуда ба омӯзиши омилҳои хавф, мавҷудияти ҳодисаҳои шикастани устухонҳо дар анамнез ва маълумоти усулҳои таҳқиқоти инструменталӣ (денситометрӣ) дар қорҷӯбаи меъёрҳои қабулшуда асос ёфтааст. Аломатҳои дард бо истифода аз ШВА 100 мм арзёбӣ шуданд. Таҳлили ретроспективӣ тибқи саволномаи таҳияшуда, ки ба он маълумоти анамнез (шикастанҳо, истеъмоли ГКС) ворид карда шуд, шароити ҳамбастагӣ, анҷом ёфт.

Усулҳои таҳқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ. Дар ҳамаи беморони гирифтори ОА-и аввалия нишондиҳандаҳои зерини лабораторӣ омӯхта шуданд: таҳлили клиникӣ хун ва пешоб, ССР, липидҳо, кислотаи пешоб, креатинин, глюкоза, гемоглобин гликатсияшуда, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартатаминотрансфераза (АсАТ), калситонин, витамини D, Са, фосфор, натрий, калий). Ба ҳамаи беморони ОА (n=125), ки мавриди мушоҳида қарор доштанд, таҳқиқи рентгенологии узвҳои қафаси сина; таҳқиқи рентгенологии буғумҳо; ташҳиси ултрасадоии узвҳои дохилӣ; электрокардиография (ЭКГ) дар 12 нуқтаи электродгузории қабулшуда; денситометрия; дар сурати зарурат, томографияи магнитии резонансии буғумҳо ва узвҳои дарунӣ гузаронида шуд.

Денситометрияи рентгении устухон. Дар ҳама беморони таҳқиқшаванда баҳогузории ЗМБУ бо истифода аз абсорбсиометрияи рентгении дуэнергетикӣ (АРД) дар шӯбаи ташҳисии Беморхонаи клиникӣ вилояти Суғд (ш. Хучанд) (табиб рентгенолог Ҳасанов К.Р.) дар дастгоҳи NORLAND Excell-600XR-600, Олмон, с. 2004 анҷом дода шуд. АРД дар қисми камарии сутунмӯҳра ва қисми проксималии устухони рон (гарданаки рон) гузаронида шуд. Барои арзёбии ЗМБУ Т-меъёрҳо ва Z-меъёрҳо истифода шуданд.

Арзёбии хатари шикастани устухонҳо FRAX (Fracture risk assessment tool) - аз ҷониби ТУТ (ВОЗ) қабул гардида, барномаи компютерие мебошад, ки бо ёрии он эҳтимолияти 10-солаи шикастани рон ё шикасти калони остеопорозӣ ҳисоб карда мешавад. Шикасти калони остеопорозӣ шикасти клиникӣ сутунмӯҳра, рон, бозу ё устухони китфро дар бар мегирад.

Коркардии оморӣ натиҷаҳо. Коркарди оморӣ бо ёрии баъзи амалии Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) анҷом дода шуд. Ба меъёр мувофиқ будани тақсими интихобхоро тибқи меъёрҳои Шапиро-Уилк ва Колмогоров-Смирнов арзёбӣ менамуданд. Нишондиҳандаҳои миёна (M) ва иштибоҳҳои онҳо ($\pm m$) барои аломатҳои микдорӣ, тақсими дуруст, медиана (Me) ва фосилаи интерквантиль ([25q;75q]) барои аломатҳои таҳлилшавандаи нодуруст тақсимгардида ба қор бурда мешуданд. Барои муқоисаи ду гурӯҳи мустақил U-омили Манн-Уитни истифода гардид. Муқоисаи се ва зиёда гурӯҳи мустақил бо истифода аз усули ANOVA ва H-омили Краскел-Уолисс анҷом дода шуд. Муқоисаи ду интихоби вобаста бо ёрии T-омили Вилкоксон гузаронда шуд. Ҳангоми муқоисаҳои ҷуфти нишондиҳандаҳои сифатӣ омили χ^2 истифода мешуд, аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ва омили дақиқи Фишер. Таҳлили алоқии коррелясионӣ мувофиқи Пирсон доир гардид. Дар ҳамаи ҳолатҳо ҳангоми $p < 0,05$ гипотезаи сифрӣ рад карда мешуд.

НАТИҶАҶОИ ТАҶҚИҚОТ

Мувофиқи ҳадафҳои тадқиқот, дар Беморхонаи вилоятии клиникаи Суғд тадқиқоти ҳамзамони ретроспективии беморони гирифтор ба БТ-ҳои гуногун гузаронида шуд. Шартан ҳамаи беморон ($n=180$) ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I ($n=95$) бо БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ, ки ба он беморони гирифтори артрита тарбодмонанд (АТ) ($n=62$), артрита реактивӣ (АРе), аз ҷумла спондилоартрит (СПА) ($n=25$) ва бемориҳои системавии бофтаҳои пайвандӣ (БСБП) ($n=8$) дохил карда шуданд; гурӯҳи II ($n=85$) - беморони гирифтори БТ-и илтиҳобӣ-метаболикӣ, ки аксарияти онҳо гирифторони ОА ($n=65$) ва теъдоди камтарашон мубталои никрис ($n=20$) буданд. Аз 180 бемор АТ ҳиссаи бештарини беморонро (65,3%) ташкил медиҳад, пас аз он АРе ва СПА (26,3%), БСБП (бодхӯрдаи сурхи системавӣ) (8,4%) мавқеъ доранд ва дар гурӯҳи БТ илтиҳобӣ-метаболикӣ ОА аксариятро ташкил дод (76,5%). Таркиби синнусолӣ ва гендерӣ дар баъзе гурӯҳҳои беморон фарқ мекард. Дар ҳар ду зергурӯҳ замон зиёдтар буданд (71,1% дар муқобили 28,9%) ва синну соли миёнаи беморони ОА яқинан баландтар ($59,2 \pm 4,4$) аз беморони гурӯҳи I буд (АТ - $56,1 \pm 6,2$; АРе+СПА - $51,1 \pm 4,0$; БСБП - $49,8 \pm 4,8$). Дар гурӯҳи I беморон бо БТ бо генези иммунӣ-илтиҳобӣ 68 зан (71,6%) ва 27 мард (28,4%) дар синни аз 50 то 79-сола буданд. Дар гурӯҳи II (БТ-и илтиҳобӣ-метаболикӣ) занҳо 60 (70,6%), мардон 25 нафари (29,4%) аз 50 то 79-сола буданд. Беморон бо ОА қисми асосии гурӯҳи мазкури таҳқиқшавандагонро ташкил доданд, аз он ҷумла занҳо 89,5% буданд. Ба суоли пурсишнома доир ба шикасти устухонҳо дар анамнез ҳар посухдиҳандаи сеюм (33,3%) ҷавоби тасдиқ дод. Басомади бештарини шикастагиҳоро дар анамнез беморони гирифтори БСБП (37,5%), АРе+СПА (36%) ва АТ (35,5%) дошанд. Ва ин мантикист, зеро дар байни беморон бо БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ ишора ба истеъмоли ГКС дар 52,2% ҷой дошт ва бештар аз 85% БСБП (87,5%) ва АТ (90,3%) муддати тӯлонӣ гормонҳоро тариқи пероралӣ истеъмол менамуданд. Истеъмоли ГКС дар беморони гурӯҳи II пасттар буд (ОА-35,7%) ва истеъмол аксаран локалӣ (дохилибуғумӣ) буд.

Таҳлили басомади таъйиншавии препаратҳои зиддиостеопорозӣ дар 60 бемор, ки дар анамнезашон шикастагиҳо дошанд, нишон дод, ки танҳо 15% -и беморон ($n=9$) маводҳои зиддиостеопорозӣ, аз ҷумла 7 нафар (77,8%) танҳо маводҳои калсий ва витамини Д ва 2 (22,2%) бифосфонатҳоро қабул мекарданд. Ба саволҳо дар бораи сабаби ҷой надоштани табобат чунин посухҳо ба даст омаданд: «тавсияи духтур набуд» - 68%, «намехоҳам истеъмол кунам» - 21%, «барои табобат пул набуд» - 6% ва «ба ин савол ҷавоб додан бароям мушкил аст» - 5%.

Маълумот дар бораи ОП, ки ҳангоми денситометрия ташхис шудааст, инчунин хатари мутлақи 10-солаи шикастагиҳо мувофиқи FRAX дар ҷадвали 1 пешкаш гардидааст.

Ҷадвали 1.- Натиҷаҳои денситометрия ва хатари 10-солаи шикастагиҳо

Нишондиҳанда	Ҳамагӣ ($n=180$)	БТ-и - иммунӣ- илтиҳобӣ ($n=95$)			БТ-и илтиҳобӣ - метаболикӣ ($n=85$)	
		АТ ($n=62$)	АРе+СПА ($n=25$)	БСБП ($n=8$)	ОА ($n=65$)	Подagra ($n=20$)
Беморони гирифтори ОП (тибқи маълумоти денситометрия) n, (%)	68 (37,7%)	32 (51,6%)	4 (16%)	5 (62,5%)	22 (33,8%)	5 (25%)
Хатари 10- солаи шикастагиҳои остеопорозӣ (FRAX), %, M_e (Q25-Q75)	20,6% (10,5-25,0)	20,9% (10,5-25,4)	12% (6,5-11,2)	25% (18-28,0)	23,1% (18-28,5)	20% (10,5-25,8)

Тибқи натиҷаҳои денситометрия ОП дар беморон бо БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ (АТ, АРе+СПА ва БСБП) мутаносибан дар 51,6%, 16% ва 62,5% ташхис гардид. Зимнан, нишондиҳандаҳо аз рӯи нозологияҳо фарқ мекарданд ва басомади ОП бо истеъмоли ГКС коррелятсия дошт. Дар натиҷаи денситометрия дар ҳар бемори сеюм бо ОА (33,8%) ОП ва дар 25% ҳолатҳо дар беморон бо никрис ошкор карда шуд. Натиҷаҳои таҳлил барои арзёбии хатари мутлақи шикастҳои остеопорозӣ мувофиқи FRAХ, сатҳи баланди хавфро дар 2 гуруҳ нишон дод. Чунончи, дар гуруҳ бо БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ: АТ - 24,2% (10,5-25,4), АРе+СПА 24% (6,5-11,2) ва БСБП 25% (18-28,0), ки бо қабули тӯлонии ГКС ва фаъолии раванди илтиҳобӣ алоқаманд аст. Дар гуруҳи беморони дорои ОА нишондиҳандаи мазкур ба 21,5% (18-28,5) баробар буд.

Мо мавҷуд будани омилҳои пешравии ОП-ро дар 65 бемори гирифтори ОА мавриди таҳқиқ қарор додем. Аз гуруҳи умумии беморони гирифтори ОА (n=65) дар 22 (33,8%) ОП ташхис карда шуд. Натиҷаи таҳлили анкетаҳо (пурсиш) нишон дод, ки омилҳои муҳими хатари ОП омилҳои синнусолӣ, антропометрӣ ва гормоналӣ ба ҳисоб мераванд. Омилҳое, ки бо беморӣ алоқаманд буданд- инҳо давомнокии беморӣ, марҳалаи рентгенологӣ ва дараҷаи норасоии функционалии буғумҳо (НФБ) буданд. Синну сол яке аз омилҳои асосии пайдо шудани ОП мебошад. Ҳамин тавр, омилҳои ба пайдошавии ОП таъсиркунанда синну соли аз 60-сола боло, қад аз 160 см пасттар, вазни аз 70 кг камтар, шохиси массаи бадан (ШМБ) камтар аз 28, ОА зиёда аз 10 сол ба шумор мераванд. Хусусиятҳои омилҳои хатар дар беморони гирифтори ОА вобаста аз чинс нишон дод, ки дар занҳо ва мардҳо бештар аз ҳама омилҳои клиникӣ хатар – фаъолнокии пасти ҷисмонӣ (мутаносибан 39,6% ва 28,6%), шикастагиҳо дар анамнези волидайн (27,6% ва 71,4%) ба қайд гирифта мешавад. Вучуд доштани шикастагиҳои рон дар волидайн бештар дар занҳо (32,8% дар муқобили 14,7%) ба мушоҳида расид, омилҳое ба монанди сигоркашӣ бо басомади 71,4% дар мардҳо дида шуд. Истеъмоли ГКС (глюкокортикостероидҳо) дар занҳо 36,2% ва дар мардҳо 28,6% буд ва вобастагӣ аз бемориҳои ҳамроҳшуда бештар дар занҳо ба назар расид.

Басомади баланди АТ-ро дар байни беморони БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ ва ОА-ро дар байни беморони илтиҳобӣ-метаболикӣ ба ҳисоб гирифта, омӯзиши омилҳои хатар дар ин зергурӯҳҳо хеле муҳим буданд (ҷадвали 2).

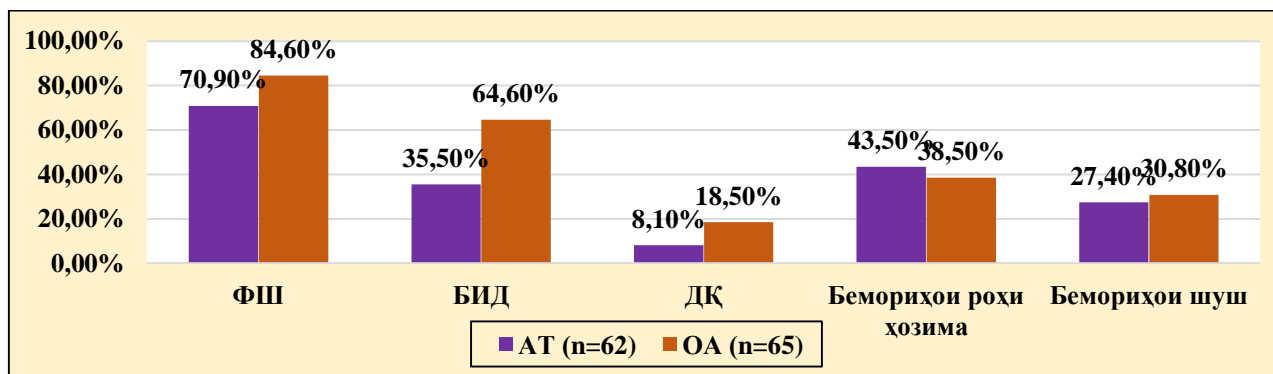
Ҷадвали 2.- Тавсифи муқоисавии омилҳои хатар дар беморони гирифтори АТ ва ОА

Рӯйхати омил	Зан (n=58)		Мард (n=7)		Ҳамагӣ (n=65)		P
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	
Синну соли миёна, сол (M±m)	59,3±3,7		56,1±1,6		57,7±1,0		0,021*
ШМБ-и миёна, кг/м ² (M±m)	28,8±0,3		27,6±0,2		28,2±0,6		<0,001*
Шикастагиҳо (дар анамнез)	20	34,5	1	20	21	32,3	<0,05
Постменопауза	54	93,1	-	-	54	83,1	-
Сигоркашӣ	1	1,7	5	71,4	6	9,2	<0,001
Истеъмоли ГКС	21	36,2	2	28,6	18	27,7	>0,05
Фаъолнокии ҷисмонӣ (паст)	23	39,6	2	28,6	25	38,7	>0,05
Шикастагиҳои рон дар волидайн	19	32,8	1	14,7	20	30,8	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни мардҳо ва занҳо (тибқи меъёри дақиқи Фишер, * тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

Аз 62 бемори гирифтори АТ ва 65 бемори гирифтори ОА, ки ба таҳқиқот дохил карда шуда буданд, зиёда аз 1/3 (мутаносибан 36% ва 33%) дар анамнезашон шикастагиҳо доштанд. Омилҳои муҳими хатари беморони гирифтори АТ – истеъмоли ГКС>3 моҳ буд, ки 90,3%-ро ташкил дод, дар муқобили беморони гирифтори ОА, ки ба 35,4% баробар буд. Дар ду зергурӯҳ мутаносибан 56,5% ва 83,1%-и занҳо дар давраи менопауза қарор доштанд. Омилҳое ба монанди фаъолнокии пасти ҷисмонӣ саҳеҳан

бештар дар байни занҳои гирифтори АР дида шуд, ки дар ин ҷо ихтилолҳои функционалии буғумҳо зиёдтар ба чашм мерасанд. Сигоркашӣ камтар ба мушоҳида расид (мутаносибан 17,7% ва 9,2% соотваственно). Мо дар гурӯҳҳо хусусиятҳо ва басомади бемориҳои ҳамроҳшударо (ФШ, БИД, ДҚ, бемориҳои роҳи ҳозима, бемориҳои шуш) муқоиса намудем, ки таъсири манфии онҳо ба ҳолати бофтаҳои усутухонҷоба таври фаъолона муҳокима мешаванд ва инро маълумотҳои адабиётҳои низ тасдиқ мекунанд (расми 1).



Расми 1. –Тавсифи бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони АТ (n=62) ва ОА (n=65)

ФШ (фишорбаландии шарёнӣ) дар 2 гурӯҳ мавқеи асосиро касб мекунанд, БИД бошад, бештар дар беморони гирифтори ОА (64,6% дар муқобили 35,5%) дида шуд. Фоизи баланди ФШ –ро бо истеъмоли тӯлонии ГКС дар зергурӯҳи I ва ҷараёни худӣ раванди АТ вобаста мекунанд. ДҚ бо басомади баланд дар беморони гирифтори ОА – 18,5%, бемориҳои роҳи ҳозима ва бемориҳои шуш бошад, бо басомади баробар бештар дар 2 зергурӯҳи муқоисашаванда дида шуд.

Мувофиқи вазифаҳои таҳқиқоти проспективӣ баҳогузориҳои комплекси 125 бемори гирифтори ОА-и аввалия гузаронида шуд: занҳо – 93 (74,4%) ва мардҳо – 32(25,6%). Синну соли беморон 40 –сола ва калонтар, синну соли миёна– 56,9±11,3 сол буд, мардҳо аз занҳо каме ҷавонтаранд– мутаносибан 55,8±12,3 ва 58,1±10,3.

Маълумотҳои зиёди таҳқиқотҳои эпидемиологӣ аз хатари баланди пайдошавии ОА дар байни занҳо гувоҳӣ медиҳад ва бо калон шудани синну сол вай зиёд мешавад. Натиҷаҳои маълумотҳои мо аз бартарӣ доштани беморон дар категорияи синнусолии 50-59-сола (33,6%) ва 60-69-сола (31,2%) гувоҳӣ медиҳанд. Дар ин маврид занҳо дар категорияи синну солии 60-69-сола (33,3%) бартарӣ доштанд, дар синну соли 60-69-сола бештар мардҳо дида шуданд– мутаносибан 46,9% ва 25%.

Таҳлили ҷойгиршавии зухуроти буғумҳо дар беморони аз тарафи мо муоинашаванда нишон дод, ки бештар буғумҳои зону (гоноартроз) – дар 106 нафар 84,8% (84 зан ва 22 мард), аз он буғумҳои косу рон – 10 нафар 8% (3 зан ва 7 мард), гиреҳҷаҳои Геберден 9 нафар 7,2% (6 зан ва 3 мард) осеб дидаанд. Ҳам дар занҳо ва ҳам дар мардҳо, осебҳои дутарафаи буғумҳо бартарӣ доштанд: хангоми гоноартроз – дар 51,2% ҳолат, хангоми коксоартроз – дар 5,6% ҳолат.

Давомнокии беморӣ дар ҳудуди аз 1 то 28 сол қарор дошт, давомнокии миёна 9,8 солро дар бар гирифт. Ҳамаи беморон вобаста аз давомнокии беморӣ ба 3 зергурӯҳ ҷудо карда шуданд: то 5 сол (n=49); 5-10 сол (n=47); 10 сол ва бештар (n=29). Дар байни гурӯҳи умумӣ беморони давомнокии бемориашон 1-10 сол–76,8 %, дар марҳалаҳои I ва II рентгенологӣ 73,6 % бартарӣ доштанд. Таҳлили ҳифзи функционалии буғумҳо бартариҳои ОА-ро дар дараҷаҳои II ва III-и ихтилолҳои функционалӣ нишон дод.

Таҳлили миқдори буғумҳои осебдида дар якҷоягӣ бо давомнокии протсесс иртиботи мустақими коррелятсиониро нишон дод: то 5 сол (n=49) нишондиҳанда 4 (2;7); 5-10 сол (n=47) 7 (6;12) ва зиёда аз 10 сол (n=29) 13 (9;20) буғумро ташкил дод (p<0,001 барои ҳар як ҷуфти гурӯҳҳо). Шиддатнокии синдроми дард мувофиқи ШВА (ВАШ) дар буғумҳо 57,1 (44,3-71,4) мм -ро ташкил дод ва вобаста аз ҷинс фарқиятҳои

саҳеҳ дар шиддатнокии дардро мувофиқи ШВА мо муайян карда натавонистем-дар мардҳо нишондиҳандаи медиани ШВА 57,1 (43,9-69,7), дар занҳо – 55,7 (42,6-68,1) ($p>0,05$)-ро ташкил дод.

Бо мақсади омӯхтани хусусиятҳои клиникӣ-функционалии ҷараёни ОА дар беморони дорои ЗМБУ-и паст мо зергурӯҳҳои ($n=106$) дорои гоноартроз (ОАБЗ) марҳалаҳои II – III-и рентгенологиро тибқи Kellgren- Lawrence ҷудо кардем. Синну сол – 40 ва калон, мардҳо – 22, занҳо – 84 нафар буданд. Шохиси массаи бадан (ШМБ) $19,1\pm 41,2$ кг/м³ (ба ҳисоби миёна – $28,1 \pm 0,8$ кг/м³) –ро ташкил дод. Давомнокии беморӣ (ба ҳисоби миёна – $6,3\pm 3,4$ сол).

Ҳолати сохторӣ- функционалии бофтаҳои устухонҳо бо усули денситометрияи ултрасадоӣ баҳогузори карда шуд, ташхиси остеопения ва ОП бошад, мувофиқи меъёрҳои стандартӣ қабулшудаи ташхис анҷом дода шуд. Қисми бештарро беморони дорои ЗМБУ-и паст ташкил дод: остеопения – 37,7%, остеопороз – 28,3%, остеопения + ОП 14,2%, боқимондаҳо $n=21$ (19,8%) бо ЗМБУ-и муътадил. Остеопенияро ҳангоми паст шудани ЗМБУ аз ифодаҳои миёнаи нишондиҳандаҳо паст будан дар занҳои синну соли ҷавон ба >1 SD, аммо $<- 2,5$ SD (T scores-1 SD, $> - 2,5$ SD) муайян намуданд. Барои ташхиси ОП аз ЗМБУ-и аз ифодаҳои стандартӣ пастии ин нишондиҳандаҳо дар занҳои синну соли ҷавон ба $\geq 2,5$ SD (T-score $\leq - 2,5$ SD) муайян карданд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3.- Таъсири ЗМБУ дар беморони гирифтори гоноартроз ($n=106$)

Нишондиҳандаи ЗМБУ	T- шохис	Z – шохис
- ЗМБУ-и муътадил ($n=21$)	- $0,61\pm 0,09$	- $0,37\pm 0,10$
- остеопения ($n=40$)	- $1,65\pm 0,12$ $p_1<0,001$	- $0,86\pm 0,09$ $p_1<0,001$
- остеопороз ($n=30$)	- $2,70\pm 0,11$ $p_1<0,001; p_2<0,001$	- $1,13\pm 0,06$ $p_1<0,001; p_2<0,001$
- остеопения+ОП ($n=15$)	- $2,11\pm 0,54$ $p_1<0,001; p_2>0,05,$ $p_3>0,05$	- $0,98\pm 0,16$ $p_1<0,001; p_2>0,05, p_3>0,05$
P	$<0,001$	$<0,001$

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (тибқи Н-критерияи Крускал-Уоллис); p_1 – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо беморони дорои ЗМБУ; p_2 – дар муқоиса бо беморони дорои остеопения; p_3 – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни беморони дорои ЗМБУ ва беморони дорои яқҷояшавии остеопения ва остеопороз (p_1-p_3 – по U-критерияи Манн-Уитни).

Бо мақсади муайян кардани иртиботи мутақобилаи ҷараёни клиникӣ гоноартроз ва ЗМБУ, мо як қатор тестҳои функционалии синдроми бугумҳоро гузаронидем: сатҳи дард мувофиқи ВАШ, нишондиҳандаи маҳдуд кардани фаъолнокии рӯзмарра WOMAC, шохиси Lequesne (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4.- Нишондиҳандаҳои функционалии синдроми бугумҳоро дар беморони гирифтори гоноартроз ($n=106$)

Бемор	ВАШ (мм)		WOMAC (мм)	Lequesne
	Ҳангоми оромӣ	Ҳангоми роҳгардӣ		
	Me (1q-3q)	Me (1q-3q)	Me (1q-3q)	Me (1q-3q)
Гурӯҳи I (остеопения + ОП) ($n=85$)	44,4 (38,7-49,6)	69,1 (64,8-73,7)	214,3 (202,6-225,4)	9,8 (8,2-10,7)
Гурӯҳи II ЗМБУ-и муътадил ($n=21$)	41,1 (37,2-46,3)	60,3 (55,4-64,2)	203,3 (192,7-214,5)	9,3 (8,4-10,2)
P	$>0,05$	$<0,001$	$<0,05$	$<0,01$

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни беморони дорои ЗМБУ ва беморони дорои яқҷояшавии остеопения ва остеопороз (p_1-p_3 – по U-критерияи Манн-Уитни).

Натиҷаҳо нишон доданд, ки сатҳи дард мувофиқи ВАШ дар ҳолати оромӣ дар 2 зергурӯҳи муқоисашаванда фарқияти назаррас - надошт 44,4 (38,7-49,6) мм ва 41,1 (37,2-46,3) мм, мутаносибан. Дар ҳоле ки нишондиҳандаҳои миёнаи сатҳи дард мувофиқи ВАШ ҳангоми роҳгардӣ дар гурӯҳи - I 69,1 (64,8-73,7) мм, ба таври назаррас ($p < 0,001$) аз сатҳи дард дар гурӯҳи - II 60,3 (55,4-64,2) фарқ мекард. Сатҳи дард мувофиқи WOMAC дар зергурӯҳҳои муқоисашаванда низ фарқ мекард – 214,3 (202,6-225,4) мм ва 203,3 (192,7-214,5) ($p < 0,005$). Шохиси Leguesne дар гурӯҳи I 9,8 (8,2-10,7) мм буд, дар муқобили 9,3 (8,4-10,2) дар гурӯҳи II. Таҳлили ЗМБУ дар контекст дар марҳалаи рентгенологии гоноартроз дар чадвали 5 оварда шудааст.

Чадвали 5.- ЗМБУ вобаста аз марҳалаи рентгенологӣ

Нишондиҳандаи ЗМБУ	Марҳилаи рентгенологӣ			
	Гурӯҳи I (марҳ. II рент. (n=49))		Гурӯҳи II (марҳ. III рент. (n=31))	
	Бо ЗМБУ –и муътадил (n=17)	Остеопения+ ОП (n=32)	Бо ЗМБУ –и муътадил (n=4)	Остеопения+О П (n=27)
T – шохис	- 0,63±0,2	- 1,88±0,4*	- 0,68±0,2	- 2,14±0,3*
Z – шохис	- 0,18±0,3	- 0,89±0,2*	- 0,72±0,2	- 1,05±0,2

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни беморони дорои ЗМБУ ва Остеопения+ОА дар гурӯҳҳо (мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Аз гурӯҳи умумии (n=106) беморони гирифтори гоноартроз беморони марҳалаи II рентгенологӣ – 49 (46,2%) бартарӣ доштанд, аз онҳо 32 (65,3%) – дорои ЗМБУ-и паст буданд. Маълумотҳои денситометрия оид ба нишондиҳандаҳои стандартӣ чунин тағйиротҳоро нишон дод: T - шохис дар беморони гурӯҳи I дар муқоиса аз гурӯҳи II саҳеҳан паст буд ($p < 0,001$) ва ҳамин гунна тағйирот дар нишондиҳандаҳои Z-шохис: - 0,18±0,3 низ ба мушоҳида расид ($p < 0,001$).

Дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда чунин сатҳҳои параметрҳои биохимиявӣ муайян карда шуд: нишондиҳандаҳои СОЭ, холестерин, кислотаи пешоб дар ҳарду зергурӯҳ тақрибан дар як сатҳ қарор доштанд ($p < 0,001$) дар гурӯҳи дорои ЗМБУ-и паст назар ба беморони дорои ЗМБУ-и муътадил баландтар буд-мутаносибан 9,8 ± 2,1 мг/л и 6,7 ± 2,0 мг/л. Ҳамин тавр, ҷараёни бесадои ОП табибонеро, ки бо ОП кор мекунанд, вазифадор месозад, ки дар таҷрибаи ҳамаҷунан худ аз ҳама усулҳои дастраси ташхисӣ, аз ҷумла аз тестҳои биохимиявӣ, функционалии синдроми буғумҳо ва денситометрия истифода намоянд.

Фарқиятҳои гендерӣ ва таҳқиқотҳо дар бораи нақши он дар ҳатари пайдо шудани ОА аз басомади ҳеле баланди ин беморӣ дар байни занҳо гувоҳӣ медиҳад. Таҳти муоинаи мо 84 зани дорои гоноартрози синну соли 40-сола ва калонтар қарор доштанд (синну соли миёна 59,6±10,9-сола), давомнокии миёнаи беморӣ 8 [3,20] сол. Ба сифати гурӯҳи муқоиса гурӯҳи II –и назоратӣ (n=75) занҳои бе гоноартроз ҷудо карда шуд (чадвали 6).

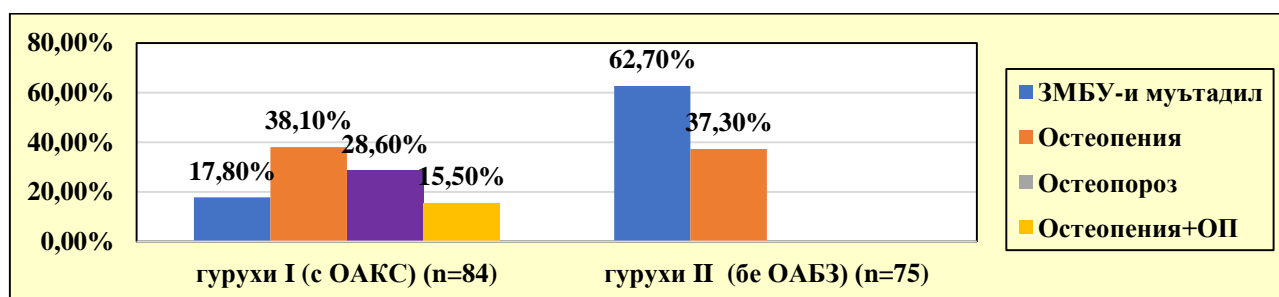
Чадвали 6.- Таъсири клиникӣ беморон дар ду гурӯҳи муқоисашаванда

Нишондиҳанда	Бо ОАБЗ (n=84)	Бе ОАБЗ (n=75)	P
Синну сол	59,6±10,9	57,5±7,0	>0,05
Қад, см	159,3±6,5	161,2±3,1	>0,05
Массаи бадан, кг	82,4±7,0	76,7±4,4	<0,001
ШМБ	32,5±2,9	29,5±2,1	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни беморони дорои ОАБЗ ва бе ОАБЗ (мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Дар гурӯҳи яқуми занҳои дорои ОАБЗ ҳангоми гузаронидани АДР (абсорбсиометрияи дуэнергетикӣ рентгенӣ) дар (82,1%-и беморон паст шудани ЗМБУ дида шуд, дар 17,8% – бошад, ЗМБУ дар ҳолати муътадил қарор дошт. Аз 84 зан дар

28,6%-и беморон ОП, дар 38,1% остеопения – у больных, ва дар 15,5% остеопения+ОП ба қайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи дуҷуми занҳо бидуни ОАБЗ дар 47 (62,7%)–и таҳқиқшудаҳо ЗМБУ дар ҳолати меъёрии синнусолӣ қарор дошт, дар 28 (37,3%) паст шудани ЗМБУ ба мушоҳида расид (расми 2).



Расми 2.- ЗМБУ дар занҳо вобаста аз вучуд доштани ОАБЗ

Мувофиқи маълумотҳои антропометрӣ занҳои дорои ОАБЗ ва ОП – 82,1% (n=69) аз занҳои дорои с ОАБЗ бе ОП фарқияти назаррас–бо қади нисбатан паст, массаи ками бадан ва ШМБ. Ҳамаи беморон аз вазни барзиёд азият мекашиданд.

Баъдан мо омӯзиши ЗМБ-и занҳоро дар ду гурӯҳ вобаста аз синну сол зарур донистем: 50-59, 60-69, 70-79 –сола. Натиҷаҳои нишондиҳандаҳои ЗМБУ дар қисми камарии сутунмӯҳра (ҚКС) ва гарданаки устухони рон (ГУР) дар занҳои синну солашон гуногун вобаста ба мавҷудияти гоноартроз дар чадвали 7 оварда шудааст.

Чадвали 7.- Нишондиҳандаҳои ЗМБУ дар занҳои гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ вобаста аз вучуд доштани ОАБЗ

Нишондиҳанда	Бо ОАБЗ (n=84)	Бе ОАБЗ (n=75)	P
Зергурӯҳи 40-49			
ҚКС	1,010±0,022	1,146±0,019	<0,001
ГУР	0,857±0,003	0,996±0,002	<0,001
Зергурӯҳи 50-59			
ҚКС	1,000±0,020; p ₁ >0,05	1,139±0,015; p ₁ >0,05	<0,001
ГУР	0,847±0,003; p ₁ =0,033	0,987±0,002; p ₁ >0,05	<0,001
Зергурӯҳи 60-69			
ҚКС	0,985±0,017 p ₁ =0,001; p ₂ >0,05	1,137±0,022 p ₁ >0,05; p ₂ >0,05	<0,001
ГУР	0,824±0,003 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	0,959±0,003 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Зергурӯҳи 70 –сола ва калон			
ҚКС	0,986±0,016 p ₁ =0,001; p ₂ >0,05; p ₃ >0,05	1,096±0,029 p ₁ =0,007; p ₂ =0,010; p ₃ =0,031	<0,001
ГУР	0,758±0,002 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001; p ₃ >0,05	0,890±0,006 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001; p ₃ >0,05	<0,001
ҚКС	p ₀ <0,001	p ₀ =0,007	
ГУР	p ₀ <0,001	p ₀ <0,001	
Ҳамаи гурӯҳҳо			
ҚКС	0,995±0,021	1,136±0,022	<0,001
ГУР	0,828±0,033	0,971±0,028	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни беморони дорои ОАБЗ ва бидуни он (тибқи критерияи Манн-Уитни); p₀ – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (тибқи Н-критерияи Крускал-Уоллис); p₁ – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо беморони гурӯҳи 40-49-сола; p₂ – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо беморони гурӯҳи 50-59-сола; p₃ – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо беморони гурӯҳи 60-69-сола (p₁-p₃ – тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

ЗМБУ дар категорияи синну соли тахқиқшаванда вобаста аз вучуд доштани ОАБЗ хусусиятҳои хоси худро дошт. Чунончи, дар сатҳи ҚКС дар гурӯҳи дорои ОАБЗ зичии бофтаи устухонҳо назар ба гурӯҳи бидуни ОАБЗ аз ҷиҳати аҳамияти оморӣ ҳам дар ҳама категорияҳои синнусолӣ ва ҳам дар маҷмӯъ ($p < 0,001$ барои ҳамаи категорияҳои муқоисашаванда) паст аст. Дар ин маврид он таваҷҷуҳро баҳуд ҷалб мекунад, ки дар гурӯҳи дорои ОАБЗ дар категорияи синну соли 40-49-сола аҳамияти ҚКС назар ба категорияҳои гурӯҳҳои боқимонда баланд аст ($p = 0,001$). Дар гурӯҳи бидуни ОАБЗ аз ҷиҳати оморӣ муҳимдори аҳамияти камтари ҚКС дар гурӯҳи синну соли 70-сола ва калонтар ($p < 0,05-0,01$) ба мушоҳида мерасад ($p < 0,05-0,01$), ҳол он ки дар дигар категорияҳои гурӯҳҳои боқимонда аҳамияти ҚКС аз яқдигар фарқ намекунад ($p > 0,05$). Аҳамияти ГУР дар гурӯҳи I назар ба гурӯҳи бидуни ОАБЗ дар ҳама категорияҳои синнусолӣ ва ҳам дар маҷмӯъ ($p < 0,001$ барои ҳамаи категорияҳои муқоисашаванда) камтар аст. Дар ин ҳолат дар ҳарду гурӯҳи ҳам дорои ОАБЗ ва ҳам бидуни ОАБЗ, аҳамияти бештар дар гурӯҳҳои синну соли 40-49-сола ва камтарин дар гурӯҳҳои синну соли 70-сола ва калонтар ба назар мерасад, яъне бо калон шудани синну сол аҳамияти ГУР яқин кам шудан мегирад. Мувофиқи таҳлили Т-критерияи қисми камарии сутунмуҳра беморони дорои ОАБЗ дар майдони остеопения қарор доштанд, шахсони бидуни ОАБЗ бошад, дар майдони ЗМБУ-и муътадил.

Қаблан дар солҳои 2013-2015 пурсиши табибон дар мавзӯи истифодаи воситаҳои доругӣ ҳангоми табobati беморони дорои ОА дар амалияи воқеии клиникӣ гузаронида шуда буд. Ҳамчунин мониторинги самаранокии истифодаи протоколҳои миллии табobati ОА анҷом дода шуд, ки дар тандурустии амалии ҚТ дар соли 2014 таъбиқ гашта буд. Пурсиши навбатии табибон мувофиқи анкетаи махсус таҳияшуда гузаронида шуд. Дар пурсиш 206 аъзои Ассоциатсияи терапевтҳои ҚТ дар соли 2019 иштирок доштанд, дар соли 2015 $n=185$. Синну соли миёнаи табибон дар динамика кам шудан гирифт, ки ба зиёд шудани мутахассисони ҷавон дар байни табибон алоқаманд аст. Таркиби касбии табибоне, ки дар пурсиши соли 2019 иштирок доштанд, нишон дод, ки дар байни онҳо 119 (57,7%) – табибони статсионарҳои ш. Душанбе ва 87 (42,3%) — табибони марказҳои гуногунитиббии звенои аввалияи шаҳр буданд. Терапевтҳо массаи асосиро- 56,2% ташкил медоданд, миқдори табибони оилавӣ то тоғда как число 30,6% кам тшудааст, дар муқобили 57,3% дар соли 2015. Аз табибони пурсидашуда дар соли 2019г – 57,3% ва дар соли 2015 – 45,4% мустақилона табобат кардаанд. Таҳлили гурӯҳи табибоне, ки ВД (воситаҳои доругӣ)-ро ҳангоми ташҳиси ОА ва дар яқҷоягбо ОП истифода намудаанд, нишон дод, ки препаратҳои қатори аввал ҳангоми ОА, ба мисли солҳои қаблӣ препаратҳои нестероидии зиддиинфлюэнца (ПНЗИ) ба шумор мерафтанд, дар ин маврид қайд кардан зарур аст, ки тағйиротҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар фосилаи солҳо ба мушоҳида нарасид (ҷадвали 8)

Ҷадвали 8.- Тағйироти таҷрибаҳои табибон ба табobati зидди остеопоз

Номи дору	2019 с (n=206)		2015 с (n=185)		P
	Abs	%	Abs	%	
ПНЗИ	111	53,9	89	48,1	> 0,05
Хондропротекторҳо	52	25,2	34	18,4	> 0,05
Доруҳои зиддиостеопоз:					
- Препаратҳо Са	48	23,3	20	10,8	0,001
- Бифосфонатҳо	7	3,4	2	1,1	> 0,05
- Витамини Д	38	18,4	14	7,6	0,002
Таркиб (яқҷанд гурӯҳ вобаста аз ҳолатҳо)	97	47,1	59	31,9	0,002

Эзоҳ: p – аҳамияти оморӣ фарқиҳои нишондиҳандаҳо байни солҳои 2015 ва 2019 (мувофиқи критерияи χ^2 Пирсон; * – бо ислоҳи Йетс).

Хондропротекторҳо бештар дар 25,2% дар соли 2019 истифода кардаанд, вай дар соли 2015-ум 18,4% буд. Динамикаи мусбати истифодаи хондропротекторҳо ба

истифода ва татбиқи васеи протоколҳои миллии клиникӣ аз тарафи ВТ ва ҲИА ҚТ оид ба мураккабӣ беморони гирифтори БР дар соли 2014 тасдиқшуда, ҳамчунин бо зиёд шудани сабти препаратҳои ширкатҳои фарматсевтии гуногун дар ҷумҳурии шарҳ додан мумкин аст. Дар соли 2019 назар ба соли 2015 аз ҷиҳати оморӣ муҳим бештар калсий ва витамини D-ро истифода намудаанд ($p < 0,01$ дар ҳарду ҳолат). Ҳамчунин дар соли 2019 нисбат ба соли 2015 бештар аз табобати таркибӣ истифода кардаанд.

Вазъияти истифода кардани препаратҳои зидди остеопороз дар табобати беморони гирифтори ОА беҳбудиро талаб мекунад. Ҳамин тавр, бо мақсади муайян намудани сабабҳои таъсири табибон нисбат ба ин табобат, мо пурсиширо таҳлил намудем. Натиҷаи пурсиши табибон як қатор сабабҳоро дар фосилаи ду соли муқоисашаванда муайян намуд. Ҳамин тавр, дар соли 2019-ум 50,5% ва 21,3% (дар соли 2015 -68,6% ва 36,2%) и табибон аз надонистани иртиботи мутақобилаи ОА ва ОП ва иттилоотнокӣи табибон дар бораи бифосфонатҳо ва дигар намояндагони ин гурӯҳ, тарсидан аз таъсири иловагии манфӣ дар 2019- 18,8% дар муқобили 28,6% дар соли 2015, хоҳиш надоштани беморон, истеъмоли тӯлонӣ ва қимат будани нарх дар 21,8%, 11,6% ва 8,7% мутаносибан дар муқобили 27,6%, 24,3% ва 14,6% дар соли 2015 изҳори ақида намудаанд.

Ҳамин тавр, динамикаи мусбат дар таъйин кардани доруҳои зиддиостеопорозӣ ҳангоми ОА дида мешавад, гарчанде ин рақамҳо низ беҳбудиро талаб мекунад.

Бо мақсади омӯختани самаранокии сохторӣ- модификатсионӣ табобат бо препаратҳои калсий бо витамини D дар якҷоягӣ бо хондроитин сулфат (ХС) ва глюкозамин гидрохлорид (ГГХ) дар беморони дорои ОА, мо ду гурӯҳро ҷудо кардем.

Дар гурӯҳи 1-(n=25) комплекси табобат – препаратҳо хондроитин сулфат, глюкозамин гидрохлорид (1 ҳабб 2 маротиба дар як рӯз дар давоми се ҳафтаи аввал); 1 ҳабб 1 маротиба дар як рӯз дар давоми 6 моҳ) + калсий бо витамини D3 (калсий-D3 Никомед форте – 2 ҳабб дар як шабонарӯз – мутаносиб бо калсий) витамини D3100 мг/800МЕ; гурӯҳи 2 (n=25) препарати омехтаи хондроитин сулфат+глюкозамин гидрохлорид бе витамини D3 бо калсий қабул кард (ҷадвали 9).

Ҷадвали 9.- Таъсири клиникӣ беморони гирифтори ОАБЗ (n=50)

Параметрҳо	Гурӯҳи I (ХС+ГГХ+СаД3) (n=25)		Гурӯҳи II (ХС+ГГХ) (n=25)		Ҳамагӣ (n=50)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Ҷинс: - Мардҳо - Занҳо	5 20	20 80	3 22	12 88	8 42	16 84
Синну сол (миёна).	55,2±1,3		53,2±1,2		57,0±1,1	
Давомнокии ОА (миёна) с.	5,8±0,9		6,2±1,05		6,7±1,1	
R – марҳилаи:						
- I	8	32	4	16	12	24
- II	11	44	18	72	29	58
- III	6	24	3	12	9	18

Эзоҳ: p – аҳамияти оморӣ фарқиятҳои нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи критерияи χ^2 Пирсон; * бо критерияи дақиқи Фишера, ** мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

ЗМБУ дар беморони гирифтори ОА дар ду гурӯҳи муқоисашаванда дар динамикаи баҳогузорӣ карда шуд. Дар беморони гурӯҳи I дар ҷараёни табобати 6-моҳа баланд шудани ЗМБУ ба мушоҳида расид: нишондиҳандаи сахтии бофтаи устухон то табобат 52,2±0,2, пас аз табобат 55,7±0,2 ($p < 0,01$); нишондиҳандаҳои Z ва T то табобат мутаносибан 1,68±0,07 ва 2,66±0,07 ($P < 0,05$) ва пас аз табобат 1,13±0,07 ва 1,89±0,09 ($p < 0,01$) буданд. Синдроми дард (дар буғумҳо ва сутунмуҳра) аз рӯи ШВА ва бо балл баҳогузорӣ карда шуд. Натиҷаҳои таъсири витамини D3 ба зухуроти клиникӣ ОП аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар заминаи табобат дар гурӯҳи I сахтеҳан кам шудани дарди буғумҳо (80,5±3,1 (то табобат) ва 59,3±3,0 (баъди табобат) ($p < 0,01$) дида мешавад. Дар

гурӯҳи II дарди буғумҳо мувофиқи ШВА ба камшавӣ майл дошт, аммо возеҳии камтар дошт мутаносибан $79,5 \pm 3,0$ ва $74,7 \pm 3,0$ ($p > 0,05$). Дарди сутунмуҳра дар гурӯҳи I саҳеҳан паст шудааст (то табобат – $2,96 \pm 0,07$ ва пас аз табобат $2,53 \pm 0,07$) ($p < 0,01$). Пас аз табобатнишондиҳандаи ШВА ва дарди сутунмуҳра дар гурӯҳи I назар ба гурӯҳи II аз ҷиҳати аҳамияти омӯрӣ паст буд ($p < 0,001$ барои ҳарду нишондиҳанда).

Мо лозим донистем, ки баъзе нишондиҳандаҳои резорбсияи устухонҳо ва остеосинтезро дар заминаи табобати 6-моҳа дар ду зергурӯҳи муқоисашаванда мавриди таҳқиқ қарор диҳем (ҷадвали 10).

Ҷадвали 10.- Нишондиҳандаҳои ремоделизатсияи устухонҳо дар беморони гирифтори ОА дар ҷараёни табобат.

Нишондиҳанда	Гурӯҳи I (n=25)	P	Гурӯҳи II (n=25)	P
Калсии хун (N-2,25-2,75 ммол/л) - то табобат - пас аз табобат - саҳеҳӣ	$2,2 \pm 0,2$ $2,0 \pm 0,2$ t=0	<0,001	$2,2 \pm 0,2$ $2,3 \pm 0,1$ t=0	<0,001
Фосфати ишқорӣ (N-0,90-2,3 мккат/л) - то табобат - пас аз табобат - саҳеҳӣ	$1,8 \pm 0,1$ $2,2 \pm 0,1$ t=0	<0,001	$1,8 \pm 0,1$ $1,9 \pm 0,1$ t=0	<0,001
Остеокалсин (N-8,8- 37,6 мг/мл) - то табобат - пас аз табобат - саҳеҳӣ	$15,4 \pm 1,8$ $26,5 \pm 1,8$ t=0	<0,001	$15,3 \pm 1,8$ $11,2 \pm 1,1$ t=0	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омӯрии фарқиятҳои нишондиҳандаҳо то ва пас аз табобат (мувофиқи T-критерияи Вилкоксон). p – аҳамияти омӯрии фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (U-критерияи Манн-Уитни).

Муҳтавои остеокалсини зардоби хун (нишондиҳандаи стимулятсияи остеосинтез) дар гурӯҳи I пас аз табобат саҳеҳан баланд шудааст $15,4 \pm 1,8 \rightarrow 26,5 \pm 1,8$ мг/мл. Ҳамин гуна манзара дар фосфатази ишқорӣ низ дида мешавад $1,8 \pm 0,1 \rightarrow 2,2 \pm 0,1$ мккат/л. Ҳамин тавр, дар беморони гирифтори ОА дар заминаи табобати 6-моҳаи комплексӣ бо дохил кардани калсий бо витамини D3 баланд шудани ЗМБУ, пастшавии боэътимоди синдроми дард ва беҳтаршавии нишондиҳандаҳои моделсозии устухонҳо ба мушоҳида расид.

Хулосаҳо

1. Таҳлили басомади шикастагиҳо дар анамнези беморони дорои БТ-и гуногун як қатор хусусиятҳоро муайян кард. Дар гурӯҳи умумии беморони дорои БТ ҳар як респонденти сеюм (33,3%) дар анамнезаш аз шикастагии аз сар гузаронидааш ёдовар шудааст. Басомади баланди миқдори бемороне, ки дар анамнезашон шикастагиҳо аз сар гузаронидаанд, дар беморони дорои бемориҳои системавии бофтаҳои пайвастанда (БСБП) – 37,5%, АРс+СПА – 36% ва АТ – 35,5% ба мушоҳида расид. Хусусият ва басомади омилҳои хатари ОП дар беморони дорои АТ ва ОА махсусиятҳои худро дорад. Шикастагиҳо дар анамнези беморони дорои АТ аксар вақт бо истеъмоли тӯлонии ГКС иртибот доранд, омилҳои муҳими хатари ОП ҳангоми ОА синну сол, антропометрӣ, вучуд доштани менопауза дар занҳо, давомнокии беморӣ, марҳалаи рентгенологӣ ва дараҷаи норасоии функционалии буғумҳо (НФБ) буданд. Натиҷаҳои таҳлили пурсиши БТ дорои шикастагиҳои камосеби остеопороз (ШКО) нишон доданд, ки 85%-и беморон табобати муносиби зидди остеопорозро нагирифтаанд, дар ин маврид дар 68%-и беморон тавсияи табибон мавҷуд набуд [1-М, 2-М, 8-М].

2. Тибқи натиҷаҳои денситометрия ОП дар беморон бо БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ (АТ, АРe+СПА ва БСБП) мутаносибан дар 51,6%, 16% ва 62,5% таъхис гардид. Баҳогузори хатари мутлақи шикастагиҳои асосии остеопороз мувофиқи шкалаи FRAX хатари баландро ҳам дар гурӯҳи дорои БТ-и иммунӣ-илтиҳобӣ – РА - 24,2% (10,5-25,4), РеА+СПА 24% (6,5-11,2) ва БСБП 25% (18-28,0), ва ҳам дар гурӯҳи беморони дорои ОА– 21,5% (18-28,5) муайян карданд [3-М].

3. Таҳқиқоти сохторӣ-функционалии бофтаҳои устухонҳо бо усули денситометрияи ултрасадоӣ дар беморони дорои ОАБЗ (n=106) остеопенияро дар 40 (37,7%) ва ОП-ро дар 30 (28,3%), ва остепения+ОП-ро дар 15 (14,2%) муайян намуд. Зичии маъдани бофтаҳои устухонҳо дар занҳои дорои ОАБЗ-и гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ дар баробари қисми камарии сутунмуҳра ва гарданаки устухони рон дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ (бидуни ОА) саҳеҳан паст буд [4-М, 6-М, 7-М].

4. Нишондиҳандаҳои функционалии синдроми буғумҳо дар беморони дорои ОАБЗ мувофиқи ШВА (мм), Womac (мм) ва Lenguence, ки дараҷаи дарди буғумҳоро инъикос мекунанд, баландшавии назаррасро дар гурӯҳҳои беморони дорои ОП ва остеопенияро нишон дод, дар муқоиса аз беморони дорои нишондиҳандаҳои муътадили ЗМК. Параметрҳои биохимиявӣ – ХС, кислотаи пешоб ва нишондиҳандаҳои СОЭ дар беморони дорои ОА бо нишондиҳандаҳои муътадил ва пастии ЗМК дар як сатҳ қарор доштанд, нишондиҳандаҳои илтиҳоби фаъол (сафедаи С-реактивӣ) дар гурӯҳҳои беморони дорои ЗМБУ-и паст саҳеҳан баланд ($p < 0,001$) буд- $9,8 \pm 2,1$ мг/л дар муқобили $6,7 \pm 2,0$ мг/л [4-М, 6-М].

5. Натиҷаҳои таҳлили маълумотҳо дар бораи пурсиши табибон нишон дод, ки таҷрибаи амалии (воқеии) таъйин кардани ВД (воситаҳои доругӣ) дар режими муқоиса (солҳои 2015-2019) барои беморони дорои остеоартрит ПНЗИ (препаратҳои нестероидии зиддиилтиҳобӣ) доруҳои қатори яқум ба шумор мераванд, хондропротекторҳоро аз соли 2019 (25,2%) сар карда, бештар истифода мекунанд, дар муқобили (18,4%) дар соли 2015. Вазъияти истифодаи кардани препаратҳои зидди остеопорозӣ дар ҷумҳурӣ барои беморони дорои ОА беҳбудӣ мебоҳад. Дар солҳои 2015 ва 2019- мутаносибан 68,6% ва 50,5% -и табибон аз надониستاني иртиботҳои мутақобилаи патогенетикии ОА ва ОП, мутаносибан 36,2% ва 21,3% - аз иттилоотнокии паст дар бораи бифосфонатҳо, 28,6% ва 18,8% - аз тарси таъсирҳои иловагии манфӣ, 27,6% ва 21,8% - хоҳиш надоштани беморон, 24,3% ва 11,6% - тӯлонӣ будани истеъмоли, 14,6% ва 8,7% - аз нархи қимати ВД изҳори назар кардаанд [2-М, 5-М].

6. Баҳогузори ба самаранокии табобати сохторӣ-модификатсионӣ бо доруҳои калсий бо витамини D дар якҷоягӣ бо хондроитин сулфат ва глюкозамин гидрохлорид дар беморони дорои ОА дар заминаи табобати комплекси 6-моҳа баланд шудани ЗМБУ ва саҳеҳан паст шудани синдроми дард ва беҳтар гаштани нишондиҳандаҳои ремодилизатсияи устухонҳоро нишон медиҳад [2-М, 5-М].

Тавсияҳо ҷиҳати истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Набудани симптоматикаи клиникии ОП дар беморони дорои ОА барои пешравии ихтилолҳои функционалии буғумҳо мусоидат намуда, самаранокии табобатро паст ва ба оқибатҳои номатлуб оварда мерасонад.

2. Дар протоколҳои таҳқиқоти беморони дорои БТ бар иловаи стандартҳои маъмулии таҳқиқот, илова намудани таҳқиқоти зичии маъданҳои бофтаҳои устухонҳо ва шкалаи таъхисии FRAX бо мақсади сари вақт ошкор намудани ОП ва остеопения.

3. Табиб – терапевт ва ревматолог дар фаъолияти амалии худ бояд пурсишномаро барои беморони ОА, бо ҳатман ворид намудани банд дар бораи вучуд доштани шикастагиҳо дар анамнез ва давомнокии истифодаи ГКС, ба таври васеъ ба қарор баранд.

4. Бо мақсади беҳсозии ёрии тиббӣ ва пешгирӣ намудани шикастагиҳо дар беморони дорои БТ ташкил намудани сиклҳои маърифатӣ дар байни табибони амалӣ, бо роҳи фаъл гардонидани кори ассотсиатсияҳои соҳавии ҷумҳурӣ зарур аст.

5. Дар протоколҳои табобати беморони дорои ОА зарур аст, ки бар иловаи доруҳои базавӣ истифодаи комплекси препаратҳои Са ва витамини D муҳим аст.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1–М] Мирзовалиев О.Х. Остеопороз в ассоциации с ревматическими заболеваниями /С.М. Шукурова, О.Х. Мирзовалиев// Ж. «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана». – Душанбе. – 2020. – №1 – С. 71-77.
- [2–М] Мирзовалиев О.Х. Реальная практика использования лекарственных средств и оптимизация терапии у больных остеоартритом в ассоциации с остеопорозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова, У.З. Асомиддинов, М.Э. Раджабзода// Ж. «Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана». – Душанбе. – 2021. – Т.11, №1. – С. 40-48.
- [3–М] Мирзовалиев О.Х. Характеристика остеопороза у больных с ревматическими заболеваниями /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова// Ж. «Здравоохранение Таджикистана» – Душанбе. – 2021 г. – № 3. – С. 48-54.
- [4–М] Мирзовалиев О.Х. Клинико-функциональные предикторы остеоартрита в ассоциации с остеопорозом /О.Х. Мирзовалиев// «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе. – 2021. – №239. – С. 39-46.

Мақолаҳо ва фишурдаи мавод дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

- [5–М] Мирзовалиев О.Х. Оценка реальной практики назначения лекарственных средств больным остеоартрозом и остеопорозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVI научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». – Душанбе. – 2020. – С.39.
- [6–М] Мирзовалиев О.Х. Характеристика остеопороза у больных гоноартрозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVI научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». – Душанбе. – 2020. – С.40.
- [7–М] Мирзовалиев О.Х. Частота остеопороза у больных гоноартрозом /О.Х. Мирзовалиев, С.М. Шукурова, Х.В. Саидов, Х.Т. Мирзовалиев//Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. – 2021. – С.82.
- [8–М] Мирзовалиев О.Х. Ревматические болезни и остеопороз /С.М. Шукурова, О.Х. Мирзовалиев// Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции ИПО в СЗ РТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. – 2021. – С.104-105.

Феҳристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

АДР – абсорбсиометрияи дуэнергетикии рентгенӣ
АлАТ – аланинаминотрансфераза
АР – артрити тарбодмонанд
АРе – артрити реактивӣ
АсАТ – аспартатаминотрансфераза
БИД – бемории ишемикии дил
БР – бемории ревматикии
БСБП – бемориҳои системавии бофтаҳои пайвастананда
БСС – бодхӯрдаи сурхи системавӣ
БСУМ – бемориҳои системаи устухону мушакҳо
БТ – бемории тарбодӣ
ВАШ (ШВА) – шкалаи визуалӣ-аналогӣ
ВД – воситаҳои доругӣ
ГГХ – глюкозамингидрохлорид
ГКС – глюкокортикостероидҳо
ДҚ – диабети қанд
ЗМБУ – зичии минералҳои бофтаҳои устухонҳо
ЗМУ – зичии минералҳои устухонҳо
НФБ – норасоии функционалии буғумҳо
ОА – остеоартрит
ОАБЗ – остеоартрити буғумҳои зону
ОНО – омили некрози омос
ОП – остеопороз
ПНЗИ – препаратҳои нестероидии зиддиинфлюэнца
СПА – спондилоартрит
ССР – сафедаи С-реактивӣ
ФСШ – фишори систоликии шарёнӣ
ФШ – фишорбаландии шарёнӣ
ФШД – фишорбаландии диастоликии шарёнӣ
ХС – хондроитин сулфат
ШКО – шикастагии камосеби остеопороз
ШМБ – шохиси массаи бадан
ACR – Коллегияи америкоии ревматологҳо
ESCEO – European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis
FRAX – Fracture risk assessment tool

АННОТАЦИЯ

Мирзовалиев Ораз Хусанбоевич

Остеоартрит в ассоциации с остеопорозом

(частота, особенности клинического течения и оптимизация лечения)

Ключевые слова. Ревматические заболевания (РЗ), остеоартрит (ОА), остеопороз (ОП), остеоартрит коленных суставов (ОАКС), двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) минеральная плотность костной ткани (МПКТ)

Цель исследования. Изучение частоты, установление факторов риска прогрессирования, выявление структурно-функциональных особенностей скелета и разработка научно обоснованных мероприятий по профилактике ОА в ассоциации с ОП.

Методы исследования и использованная аппаратура. Объектом исследования были 125 пациентов с ОА которым проводилось комплексное обследование на наличие ОП, особенности клинического течения, факторы риска прогрессирования и характер терапии. Параллельно проводился ретроспективный анализ истории болезни 180 пациентов с РЗ по разработанному опроснику, куда были включены данные анамнеза (переломы, прием ГКС), коморбидные состояния. В работе применялись клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая ДРА. Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Полученные результаты и их новизна. Указание в анамнезе у больных с РЗ на наличие малотравматичных переломов на фоне бессимптомного течения ОП, играет немаловажную роль в ранней диагностике остеопении а их частота находится в прямой зависимости от вида РЗ. Наряду с длительным приемом ГКС возраст, антропометрические данные, длительность заболевания, рентгенологическая стадия и степень функциональных нарушений суставов играют немаловажную роль в развитии ОП при РЗ. Выявлена взаимосвязь степени денситометрических параметров с генезом РЗ, а оценка абсолютного риска основных остеопорозных переломов по шкале FRAX, указывающий на степени риска (высокий, низкий) может быть использован в качестве диагностического алгоритма. Минеральная плотность костной ткани ОАКС у женщин в различных возрастных группах на уровне поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости по сравнению с контрольной группой была достоверно низкой. Структурно-функциональные изменения костной ткани у больных с ОАКС влияет на функциональные показатели суставного синдрома, отражающие уровень боли в суставах. Динамический опрос врачей, по назначению противостеопоротических лекарственных средств (ЛС) при ОА в ассоциации с ОП показал, что среди множества причин низкой приверженности к ЛС используемыми при ОП, незнание патогенетических взаимосвязей ОА и ОП, низкая информативность о бифосфонатах, а также боязнь побочных эффектов и нежелание пациента, доминирует. Эффективность структурно-модифицирующей терапии препарата кальция с витамином D в комбинации с хондроитин сульфатом и глюкозамин гидрохлоридом у пациентов с ОА на МПКТ, базируется на положительных сдвигах суставного синдрома и показателях костного ремоделирования.

Рекомендации по использованию. В протоколы обследования больных с РЗ помимо общепринятых стандартов обследования, включить исследования минеральной плотности костной ткани и диагностическую шкалу FRAX с целью раннего выявления ОП и остеопении. Врач – терапевт и ревматолог в своей практической деятельности должен широко использовать опросник для больного с ОА, с обязательным включением пункта о наличии переломов в анамнезе и длительности использования глюкокортикостероидов. С целью оптимизации качества медицинской помощи и предупреждения переломов у больных с РЗ необходима организация образовательных циклов среди практикующих врачей, путем активизации работы отраслевых ассоциаций республики. В протоколы лечения больных с ОА необходимо помимо базисных препаратов включить комплексное использование препаратов Са и витамина D.

Область применения. Внутренние болезни. Ревматология. Эндокринология.

АННОТАТСИЯИ

Мирзовалиев Ораз Хусанбоевич

Остеоартрит дар якҷоягӣ бо остеопороз

(басомад, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва беҳтарсозии табобат)

Калимаҳои калидӣ. Бемориҳои тарбодӣ (БТ), остеоартрит (ОА), остеопороз (ОП), остеоартрити буғумҳои зону (ОАБЗ), абсорбсиометрияи дуэнергетикии рентгенӣ (АДР), зичии маъдани бофтаҳои усутухонҳо (ЗМБУ).

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши басомад, муқаррар кардани омилҳои хатари пешравӣ, ошкор намудани хусусиятҳои сохторӣ-функционалии скелет ва коркарди илман асосноки ҷорабиниҳои пешгирии ОА дар якҷоягӣ бо ОП.

Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи дастгоҳҳо: Объекти таҳқиқот 125 бемори дорои ОА буд, ки дар онҳо ва таҳқиқоти комплексӣ ҷиҳати вучуд доштани ОП, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, омилҳои хатари пешравӣ ва хусусиятҳои табобат гузаронида шуд. Ҳамзамон таҳлили ретроспективии таърихи бемории 180 бемори гирифтори БТ тибқи саволномаи таҳияшуда гузаронида шуд, ки дар он маълумотҳои анамнез (шикастагӣ, истеъмоли ГКС), ҳолатҳои коморбидӣ дохил шудаанд. Дар таҳқиқот аз усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталӣ, бо истифодаи ДРА ба кор бурда шудааст. Коркарди оморӣ бо ёрии баътаи амалии Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) сурат гирифт.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва наводҳои онҳо. Нишон додани шикастагиҳои камосеб дар анамнези беморони гирифтори БТ дар заминаи ҷараёни бесимптом доштани остеопороз, барои ташхиси барвақтии остеопения нақши муҳим дорад, басомади онҳо бошад, аз намуди БТ бевосита вобаста мебошад. Дар баробари истифодаи тӯлонии ГКС, синну сол, маълумотҳои антропометрӣ, давомнокии беморӣ, марҳилаи рентгенологӣ ва дараҷаи ихтилоли функционалии буғумҳо дар пайдо шудани ОП ҳангоми БТ нақши муҳим доранд. Вобастагии байни дараҷаи андозаҳои денситометрӣ ва генези бемориҳои ревматикӣ муайян карда шудааст, хатри мутлақи шикастагиҳои асосии остеопорозиро аз рӯи шкалаи FRAХ баҳогузорӣ карда шуд, ки дараҷаи хатарро (баланд, паст) нишон медиҳад, метавонад ҳамчун алгоритми ташхис низ истифода шавад. ЗМБУ ҳангоми ОАБЗ дар занҳои гурӯҳҳои гуногуни синну солӣ дар сатҳи қисми камарии сутунмӯҳра ва гарданаки устухони рон дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан паст буд. Тағйироти сохторӣ-функционалии бофтаҳои устухон дар беморони дорои остеоартрити буғумҳои зону ба нишондиҳандаҳои функционалии синдроми буғумӣ, ки дараҷаи дарди буғумро инъикос мекунанд, таъсир мерасонад. Пурсиши динамикии табибон оид ба таъйини доруҳои зиддиостеопорозӣ ҳангоми ОА дар якҷоягӣ бо ОП сатҳи пастӣ корбурди маводҳои ин гурӯҳ нишон дод, ки дар байни сабабҳои зиёди тамоюли паст ба истифодаи доруҳои, ки ҳангоми ОП ба кор бурда мешаванд, надонистани робитаҳои патогенетикии ОА ва ОП, иттилоъмандии паст оид ба бифосфонатҳо, инчунин тарс аз таъсирҳои манфии иловагӣ ва ба истеъмомол хоҳиш надоштани беморон бартарӣ доранд. Самаранокии табобати сохторӣ-модификатсионии доруҳои калсий бо витамини D дар якҷоягӣ бо хондроитин сульфат ва глюкозамин гидрохлорид дар беморони дорои ОА дар ЗМБУ ба тағйироти мусбат дар синдроми буғумӣ ва нишондиҳандаҳои тағйирдиҳии сохтори устухонӣ асос меёбад.

Тавсияҳои барои истифодабарӣ. Дар протоколҳои таҳқиқоти беморони дорои БР бар иловаи стандартҳои маъмулии таҳқиқот, илова намудани таҳқиқоти зичии маъданҳои бофтаҳои устухонҳо ва шкалаи ташхисии FRAХ бо мақсади сари вақт ошкор намудани ОП ва остеопения дохил карда шавад. Табиб-терапевт ва ревматолог дар фаъолияти амалии худ бояд пурсишномаҳои барои беморони ОА истифода кунанд ва банди дар бораи дар анамнез вучуд доштани шикастагиҳо ва давомнокии истифодаи глюкокортикостероидҳо (ГКС)-ро хатман ворид намоянд. Бо мақсади беҳсозии сифати расонидани ёрии тиббӣ ва пешгирии намудани шикастагиҳо дар беморони дорои БТ ташкил намудани сиклҳои маърифатӣ дар байни табибони амалӣ, бо роҳи фаъол гардонидани кори ассотсиатсияҳои соҳавии ҷумҳурӣ зарур аст. Дар протоколҳои

табобати беморони дорои ОА зарур аст, ки бар иловаи доруҳои базавӣ истифодаи комплекси препаратҳои Са ва витамини D ворид карда шавад.

Соҳаи истифода: Бемориҳои дарунӣ. Ревматология. Эндокринология.

ANNOTATION

Mirzovaliev Oraz Khusanboevich

Osteoarthritis in association with osteoporosis

(frequency, features of clinical course and optimization of treatment)

Key words. Rheumatic diseases (RD), osteoarthritis (OA), osteoporosis (OP), osteoarthritis of knee joints (OAKJ), dual energy X-ray absorptiometry (DRA) bone tissue mineral density (BMD)

Purpose of the study. To study the incidence, determine risk factors of progression, reveal skeletal structural and functional peculiarities and develop scientifically substantiated measures for prevention of OA in association with OP.

Methods of study and instrumentation used. The object of the research was 125 patients with OA who underwent complex examination for OP, peculiarities of clinical course, risk factors of progression and character of therapy. The retrospective analysis of the medical history of 180 patients with RD by the developed questionnaire was carried out in parallel. Case history data (fractures, use of GCS), comorbid conditions were included. Clinical-laboratory and instrumental methods of investigation, including DRA, were used. Statistical processing was performed using Statistica 10.0 application package (StatSoft Inc., USA).

The results obtained and their novelty. It is important for early diagnosis of osteopenia when the anamnesis of a patient with RD shows the presence of low-traumatic fractures on the background of asymptomatic course of OP and their frequency is in direct dependence on the type of RD. Along with the long-term use of GCS, age, anthropometric data, duration of the disease, radiological stage and the degree of functional disorders of the joints play an important role in the development of OP in RD. The correlation between the degree of densitometric parameters and the genesis of RD was revealed, and the assessment of the absolute risk of major osteoporotic fractures on the FRAX scale, indicating the degree of risk (high, low) can be used as a diagnostic algorithm. Bone mineral density of OAKJ in women in different age groups at the level of the lumbar part of the spine and femoral neck was significantly low compared with the control group. Structural and functional changes in bone tissue in patients with OAKJ affect the functional indicators of the joint syndrome, reflecting the level of joint pain. A dynamic survey of physicians on the prescription of anti-osteoporotic drugs for OA in association with OP showed that among the many reasons for low adherence to drugs used in OA, ignorance of the pathogenetic relationship between OA and OP, low information about bisphosphonates, and fear of side effects and unwillingness of patients, dominate. The effectiveness of structure-modifying therapy of calcium with vitamin D in combination with chondroitin sulfate and glucosamine hydrochloride in patients with OA on BMD is based on positive shifts in joint syndrome and indices of bone remodeling.

Recommendations for use. To include bone mineral density tests and diagnostic FRAX scale for early detection of OP and osteopenia in examination protocols of patients with RD besides common standards of examination. The therapist and rheumatologist in their practice should widely use the questionnaire for a patient with OA, with the obligatory inclusion of the item about the presence of fractures in the history and the duration of use of glucocorticosteroids. In order to optimize the quality of medical care and prevent fractures in patients with RD, it is necessary to organize educational cycles among practicing physicians by activating the work of branch associations of the republic. In addition to basic medicines it is necessary to include complex use of Ca and vitamin D in treatment protocols of patients with OA.

Area of application. Internal medicine. Rheumatology. Endocrinology